Rok XLV. Kraków 17 Marca 1906. Nr. 11.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

## Uruchomienie kręgosłupa metodą Klappa i niebezpieczeństwo jego przy leczeniu bocznego skrzywienia kręgosłupa.

Podał

Doc. Dr. V. Chlumský.

Pod koniec zeszłego roku ogłosił Klapp w Nrze 48 tygodnika „Münchener medizinische Wochenschrift“ krótką rozprawę, w której podaje nową metodę leczenia bocznego skrzywienia kręgosłupa. Radzi on, aby pacyenci, cierpiący na to zboczenie, codziennie przez parę tygodni chodzili na czworakach po pokoju na kształt czworonożnych, początkowo przez parę minut, następnie zaś czas dłuższy. Należy przy tem stawiać na podłodze nogi i ręce w pewnym porządku, a grzbiet wystawić przed ćwiczeniem na działanie gorącego powietrza przez 20 minut. Ćwiczenie to ma sprowadzić silne uruchomienie całego kręgosłupa, a skoro pacyenci nabędą wprawy w tem raczkowaniu, to powinni je wykonywać okrężnie w pewnem kole i to w kierunku, odwrotnym do wypukłości skrzywienia. Na tem kończy się, o ile można zrozumieć z rozprawy, cały zabieg leczniczy Klappa.

Wkrótce po ogłoszeniu tej pracy ukazała się druga, omawiająca ten sam przedmiot, napisana przez Nieny [1], w której autor ten utrzymuje, że podobne ćwiczenia, o jakich mówi Klapp, były już pierwej stosowane przez niego, Hoffę i innych; potępia on lekceważący sposób pisania Klappa, który dotychczasowe metody leczenia uważa za zbyteczne, a tylko swoją poleca jako jedynie dobrą.

Obaj autorowie zapomnieli jednak o tem, że nie jest jeszcze rozstrzygnięte pytanie, czy uruchomienie całego skrzywionego kręgosłupa jest skuteczne, jeśli nie pomagają mu inne czynniki lecznicze.

Przypuśćmy, że uruchomienie kręgosłupa metodą raczkowania udaje się zupełnie tak, jak to podaje Klapp: czy przez to już pomogliśmy pacyentowi? Ja przynajmniej w to nie wierzę. Rozluźniony kręgosłup nienaturalnemi ćwiczeniami zatraca ostatni punkt oparcia, a wszystkie dawne czynniki, warunkujące skrzywienie kręgosłupa, pozostają nadal tak, że nietylko nie leczymy cierpienia, ale przeciwnie, spotęgowujemy jeszcze to skrzywienie.

W lżejszych przypadkach, gdzie idzie tylko o pewną niedbałość i niehygieniczne życie pacyentów, prawdopodobnie można uzyskać jakieś polepszenie już poprostu przez to, że zwraca się uwagę dzieci i ich otoczenia na to cierpienie.

„Metoda raczkowania“ jest tu niejako dzwonem, utrzymującym w napięciu uwagę pacyentów. Trzymają się oni wtedy lepiej, nawet i bez uruchomienia i mimo leczenia tą metodą. Uruchomienie nie uwzględnia głębszych przyczyn; mam tu na myśli niezwykłe osłabienie mięśni, krzywe ustawienie miednicy, nadmierną miękkość kości i wiele innych zasadniczych wad, o których tak często rozprawiają ortopedyści i które zapomocą odpowiednich zabiegów doznają poprawy, lub całkiem zostają usunięte. W tych przypadkach należy bezwarunkowo zarzucić nużące raczkowanie, jak wogóle każdą męczącą gimnastykę. Jako przykład bezskuteczności leczenia uruchomieniem przytaczam przypadek, cieszący się niejako światowym rozgłosem, który prawdopodobnie widzieli i zbadali inni koledzy. Mam na myśli pewnego artystę cyrkowego, „człowieka-węża“ (*Schlangenmensch*), który występował w różnych przedsiębiorstwach zwanych *varietés*. Kręgosłup tego człowieka, jak rura gumowa, dawał się na wszystkie strony skręcać i wyginać. Otóż według przypuszczeń zwolenników uruchomienia kręgosłupa powinien ten człowiek być prostym jak świeca; tymczasem jest on garbaty, nawet bardzo, tak że już przez odzież widać jego wysokie ramię, odstającą łopatkę i wielkie biodro. Staje się to zwłaszcza widocznem po skończeniu jego produkcyi.

W tym przypadku, możliwie największe uruchomienie nietylko nie usunęło bocznego skrzywienia kręgosłupa, ale możemy nawet na pewno przypuszczać, że nie przeszkodziło w jego powstawaniu, a nawet pomogło.

Niestety mogę przytoczyć przykłady, w których przesadne uruchomienie wprost zaszkodziło. Idzie tu o parę przypadków, które dostały mi się z zakładów, prowadzonych przez laików i szwedzkich gimnastyków. Według opowiadań pacyentów prowadzono tam szwedzką gimnastykę i inne ćwiczenia gimnastyczne. Kręgosłup pacyentów, leczonych tam przez miesiące, a nawet w ciągu lat był, jak to osobiście spostrzegałem przy badaniu, tak niekiedy uruchomiony, że ruchomość jego przypominała ruchomość kręgosłupa owego artysty cyrkowego. Dzieci oddawano do zakładu zdrowe, tylko niedostatecznie rozwinięte, lub ze słabem skrzywieniem bocznem kręgosłupa. Rodzice twierdzili zazwyczaj, że dzieci były całkiem proste i że posyłali je do zakładu z powodu ogólnie chwalonych i zaleconych ćwiczeń cielesnych. Dopiero w czasie leczenia zauważono po raz pierwszy, że dzieci krzywo się trzymają, ale tak rodzice, jak i prowadzący gimnastykę uważali to za niedbałość. Tymczasem żebra stawały się nieprawidłowemi, coraz bardziej zakrzywionemi tak, że ostatecznym wynikiem był garb wraz z jego następstwami. Niepomyślny ten stan pokazał się zwłaszcza wyraźnie u dwojga dzieci, atoli w mniejszym lub większym stopniu wystąpił także u kilku innych z jednego z tych zakładów.

A więc nie uruchomienia kręgosłupa i nowych jego

[1] „Münchener medizin. Wochenschrift.“ (1906. Nr. 3).

metod było nam potrzeba. Dotychczasowymi zabiegami możemy w odpowiedni sposób i w stosownem miejscu lepszy otrzymać skutek, aniżeli to umożliwia „metoda raczkowania“. W lekkich przypadkach może ona sprowadzić pewne polepszenie; dlaczego, powiedzieliśmy wyżej; ale stosowana przez długi czas, bez planu i przez nie zawodowców, może być wprost niebezpieczną.

Przydałoby się nam bardziej polecenie nowych sposobów usunięcia przyczyn zboczenia i ustalenia raz otrzymanych wyników. Ponadto nie są nasze zakłady ze swymi wszystkimi środkami pomocniczymi tak złe, jak to twierdzi Klapp, o ile są prowadzone rozumnie i przez wyćwiczone siły. Wprawdzie nie doszliśmy jeszcze do tego, abyśmy mogli zapomocą mięsienia, przyrządów i t. d. wyleczyć każde zaniedbane skrzywienie boczne kręgosłupa; jednakowoż przez zastosowanie właściwych celowi odpowiadających środków i przez odpowiednie ich kombinowanie otrzymujemy tak dobre wyniki, że się ich stanowczo wstydzić nie potrzebujemy; musimy tylko z pewnem doświadczeniem wybierać i indywidualizować zabiegi, natomiast każde leczenie szablonowe może przynieść tylko szkodę.

Z tych wszystkich wyżej podanych powodów uważam sposób leczenia Klappa po krótkim dotychczas okresie spostrzegania za nieodpowiedni i przestrzegam przed szablonowem jego naśladowaniem.

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

## Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

**Docent Witold Orłowski.**

(Ciąg dalszy).

Zbierając teraz razem wszystkie dane, uzyskane przez spostrzeżenia u naszych chorych, łatwo wysnuć wniosek, że chlorek barowy działał dodatnio tylko w przypadkach osłabienia czynności serca, wywołanego przez organiczną wadę zastawkową bez równoczesnych zmian w mięśniu i zmian miażdżycowych w tętnicach. Dodatnie działanie trwało jednak i w tych przypadkach niedługo, ustępując miejsca w razie dłuższego stosowania leku pogorszeniu. Te wyniki przemawiają stanowczo przeciwko poglądom tych badaczy, którzy utrzymują, że i chlorek barowy i naparstnica działają zupełnie podobnie i którzy na tej podstawie polecają chlorek barowy zamiast naparstnicy, lub nawet stawiają go wyżej wobec tego, że można go łatwo i ściśle dawkować i że on nie działa zbiorowo. Wobec tych wyników, musiałem sobie tłómaczyć działanie chlorku barowego nie działaniem na serce, jak to przyjęto co do naparstnicy, lecz szukać objaśnienia gdzieindziej, a mianowicie w ściśle udowodnionem zwężającem działaniu baru na naczynia krwionośne. Całą sprawę więc przedstawiałem sobie w sposób następujący: chlorek barowy zwęża naczynia, wskutek tego ciśnienie krwi podnosi się i wzmaga się czynność serca; jednocześnie w następstwie podrażnienia przez wzmożone ciśnienie ośrodków n. n. błędnych w rdzeniu przedłużonym następuje zwolnienie ruchów serca. Z drugiej strony podniesienie ciśnienia krwi, wywołane przez zwężenie naczyń, może w razie pomyślnego skojarzenia tych czynników działać moczopędnie przez przyspieszenie prądu krwi w nerkach. Moczopędne działanie mogłoby zresztą zależeć i od bezpośredniego drażniącego działania chlorku barowego na nerki, za czem przemawiają nowsze doświadczenia Mac Calluma (37). Brak działania moczopędnego lub nawet obniżenie wydzielania moczu po poprzedniem znacznem zwiększeniu ilości moczu można było sobie tłómaczyć nader silnem zwężeniem naczyń krwionośnych, wywołanem przez dłuższe podawanie baru. W ten sposób można było tłómaczyć sobie przypadki, w których mięsień sercowy nie uległ jeszcze wybitnym zmianom. Jeśli zaś mięsień sercowy był albo bardzo osłabiony, albo zmieniony wskutek sprawy zapalnej, wtedy serce nie mogło podołać zwiększonej pracy, jakiej bar wymagał. W tych przypadkach wskutek podawania baru pogarszała się czynność serca i pojawiały się wszystkie tego następstwa. Spostrzeżenia moje wreszcie nie dawały mi prawa przypuszczać, że chlorek barowy działa bezpośrednio na mięsień sercowy podniecająco, na wzór naparstnicy. Jednak nie miałem znów dostatecznych danych do tego, aby zupełnie odrzucić możliwość lekkiego podniecającego działania chlorku barowego na serce, ponieważ niepojawienie się tego działania mogłoby zależeć od jednoczesnego zbyt silnego zwężenia naczyń.

Wobec tych wyników, sprzecznych z ogłoszonymi w piśmiennictwie wynikami doświadczeń na zwierzętach, postanowiłem ponownie doświadczalnie zbadać działanie chlorku barowego na serce, tembardziej, że metodyka doświadczeń w ogłoszonych pracach, pomimo ich szczegółowości, wydawała mi się niezupełnie ścisłą. Doświadczenia te wykonałem w pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii.

Doświadczenia moje dzielą się na 3 grupy. Do pierwszej należą doświadczenia na żabach, do drugiej doświadczenia na oddzielonem sercu królików, wreszcie trzecią grupę stanowią doświadczenia, wykonane na psach dla wyświetlenia działania chlorku barowego na ciśnienie krwi.

Do doświadczeń na żabach używałem samców gatunku *Rana temporaria*. Używałem różnych dawek, zaczynając od 0,0025 grm. aż do 0,1; wstrzykiwałem chlorek barowy zawsze do grzbietowego worka chłonnego. Najmniejszą dawką, która w jednych doświadczeniach nie wywierała żadnego wpływu na mięsień sercowy, w innych zaś była skuteczna, była dawka 0,005 grm.

Dośw. I. 7/XII 1905. Samiec, ważący 50 grm. Żabę umocowano na desce, klatkę piersiową otwarto, serce uwolniono z osierdzia. Skurczów serca 38 na 1'. O g. 11 min. 23 wstrzyknąłem do grzbietowego worka chłonnego 0,5 cm³. 10 prc. roztworu chlorku barowego, więc 0,05 grm. O godz. 11 min. 25 skurczów serca 32, rozmiary komory serca znacznie zmniejszyły się; podczas rozkurczu komora wiotczeje niedostatecznie. O godz. 11 min. 26 serce małe, skurcze są powierzchowne, podczas rozkurczu koniuszek komory i niektóre miejsca jej brzegów pozostają zupełnie blade, skurczów na 1' 16. O godz. 11 m. 28 skurcze i rozkurcze są nader powierzchowne, skurczów na 1' 10. O g. 11 m. 30 serce blade, maleńkie, również małe przedsionki; serce zupełnie nieczynne.

Dośw. II. 3/XII 1905. Samiec, ważący 42 grm. Metodyka doświadczenia ta sama, co w poprzedniem doświadczeniu. Skurczów serca 32 na 1'. O godz. 1 min. 10 wstrzyknąłem do grzbietowego worka chłonnego 0,2 cm³. 10 prc. $BaCl^2$, więc 0,02 grm. O g. 1 m. 11 skurczów serca 36. O g. 1 m. 12 skurczów 32. O g. 1 m. 12 skurczów 28; rozmiary komory zmniejszyły się; podczas rozkurczu zupełne zwiotczenie nie następuje. O g. 1 m. 14 komora kurczy się na 1 m. 16 razy, przedsionki 32, skurcz i rozkurcz trwają dłużej, niż pierwotnie; zupełnego zwiotczenia podczas rozkurczu

niema. O godz. 1 min. 15 praca komory przybrała jaskrawe cechy ruchów robaczkowych (*peristaltismus*); skurcze są więcej powierzchowne, niż pierwotnie; komora daje w ciągu 1 m. 14 skurczów, przedsionki zaś 28. O g. 1 m. 17 podczas rozkurczu koniuszek komory pozostaje blady. O godz. 1 min. 19 skurcz komory przypada jednocześnie już to ze skurczem, już to z rozkurczem przedsionków. O godzinie 1 minut 21 przedsionki kurczą się niezawsze jednocześnie; czynność komory nosi cechy skurczu robaczkowego (*peristaltismus*), skurcze są powierzchowne; rozkurczowe zwiotczenie bardzo słabe, komora w ciągu 1 daje 8, przedsionki 35 razy. Stopniowo obumierając, komora zatrzymuje się wreszcie o g. 3 min. 55, mając małe rozmiary i ciemnoczerwoną barwę; przedsionki ustają pracować o g. 4 m. 30.

Dośw. III. 4.XII 1905. Samiec, ważący 28 grm. Metodyka doświadczenia ta sama, jak poprzednio. Skurczów serca 38 na 1 m. O g. 12 m. 55 wstrzyknąłem do worka grzbietowego 0.002 grm. siarkanu atropiny. O g. 1, o g. 1 m. 3 skurczów serca 38. O g. 1 m. 4 wstrzyknąłem 0,1 cm³. 5 prc. roztworu chlorku barowego, więc 0,005 grm. leku. O g. 1 m. 5 skurczów serca 40 na 1 min. O g. 1 m. 7 skurczów 36. O g. 1 m. 8 rozmiary komory wyraźnie zmniejszone, rozkurczowe zwiotczenie jest mniejsze, niż pierwotnie. O g. 1 m. 9 podczas rozkurczu w prawym brzegu komory niektóre miejsca pozostają blade. O g. 1 m. 12 skurczów 12, skurcze i rozkurcze trwają dłużej; skurcze są powierzchowniejsze, zwiotczenie rozkurczowe jest słabsze; czynność serca odbywa się robaczkowato (peristaltycznie). O godzinie 1 minut 16 ruchy robaczkowe komory występują o wiele silniej, niż poprzednio; skurcze są nader powierzchowne; podczas skurczu komora nie może wyrzucić z siebie wszystkiej krwi. O g. 1 m. 19 komora: 9 skurczów, a przedsionki 18. O g. 1 m. 25 skurcze komory bardzo słabe, komora zmniejszona, ciemnoczerwona; skurczów przedsionków 25 na 1 m., przedsionki kurczą się niejednocześnie. W dalszym ciągu komora już to była nieczynną, niekiedy nawet w ciągu $1\frac{1}{2}$—2—3 m., już to po kilka razy nader powierzchownie się kurczyła, aż wreszcie o g. 8 m. 20 zatrzymała się ostatecznie; przedsionki zatrzymały się o g. 8 m. 57; komora była niewielka, prawie o połowę zmniejszona, ciemnoczerwona.

Dośw. IV. 6 XII 1905. Samiec, ważący 41 grm. Ośrodkowy układ nerwowy zniszczyłem. Po otwarciu klatki piersiowej uwolniłem serce z worka osierdziowego. Skurczów serca 23 na 1 min. O g. 2 m. 13 wstrzyknąłem do worka grzbietowego 0,1 cm³. 10% $BaCl^2$, więc 0,01 grm. O g. 2 min. 14 skurczów serca 27, o g. 2 m. 16 skurczów 23, o g. 2 m. 17 zwiotczenie rozkurczowe serca jest słabsze, skurcze również powierzchowniejsze; komora zmniejszona. O g. 2 m. 58 skurcz i rozkurcz robaczkowy. O g. 3 min. 5 skurcze komory są tak powierzchowne, że nie opróżniają komory ze krwi. O g. 4 m. 58 komora ustała zupełnie, jest w stanie skurczu, barwy ciemnoczerwonej; przedsionki zatrzymały się o g. 5 m. 45.

(C. d. n.)

## Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

Z uwzględnieniem spostrzeżeń poczynionych w roku 1905 w klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał

Dr. St. Szurek
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Medycyna współczesna stosuje wyskok jako środek dyetetyczny i jako lek właściwy. W małych dawkach stosuje go jako dyetyczną podnietę dla poprawienia smaku, zwiększenia łaknienia, pobudzenia chemizmu żołądka, wywołania owego „psychicznego“ soku Pawłowa celem ile możności jaknajlepszego wyzyskania pokarmów i to w najrozmaitszych stanach chorobowych. Stosuje go dalej obok kofeiny, kamfory jako lek skrzepiający, który ma przeciwdziałać groźnemu słabnięciu czynności serca, albo ożywić wyczerpany mięsień sercowy i to znów w najrozmaitszych chorobach ostrych, jak i przewlekłych. Podaje go dalej w ostrych chorobach gorączkowych, wprawdzie w ilościach mniejszych, niż dawniej i nie przez cały ciąg choroby, nietyle dla jego własności przeciwgorączkowych, ile z pewnych wskazań szczegółowych, zwłaszcza ze względu na podupadanie sprawności serca, a używa go zwłaszcza w ciężkich stanach posocznicznych, gorączkach połogowych, zapaleniu płuc, durze brzusznym, odnosząc nieraz to stanowcze wrażenie, że jedynie wyskok uratował życie, które inaczej byłoby stracone. W innych chorobach zakaźnych, jak płonicy, błonicy, róży, odrze i t. d., nie podaje zazwyczaj wyskoku, a nie podaje nie z obawy obniżenia odporności ustroju, ale dlatego, że w większości przypadków przy prawidłowym przebiegu choroby podawać go nie zachodzi potrzeba. Wyniki doświadczeń, tak dawniejszych Doyena, Déleardea, Albotta i t. d., jak zwłaszcza najnowszych Laitinena nad zachowaniem się odporności zwierząt i możliwością sztucznego ich uodpornienia po podaniu wyskoku tak w zakażeniach, jak i w zatruciach wytworami bakteryi, nie mogą wpływać tutaj na postępowanie lecznicze zarówno dlatego, że doświadczenia te były wykonane na zwierzętach, jak i dlatego, że używano w nich wprost trujących dawek wyskoku.

Podajemy dalej wyskok jako środek odżywczy w rozmaitych sprawach, połączonych z ogólnem wyniszczeniem, cherą, a podajemy go w tych razach w postaci pewnych napojów wyskokowych, zawierających obok wyskoku jeszcze i inne istoty odżywcze. Takiem jest piwo, zwłaszcza cięższe jego gatunki, które zawierają średnio 4—5% węglowodanów i 0·7% białka. Wartość kaloryjna ciężkiego piwa, jak monachijski Hofbräu, Löwenbräu, Spatenbräu, Kulmbach, porter Barclay Perkins, Burton Ale, Scotch Ale, jest nie o wiele mniejsza, a nawet prawie równa wartości kaloryjnej mleka. Kumys, napój narodowy Baszkirów i Kirgizów zawiera 2·2% białka, 2·1% tłuszczu, 1·5% cukru mlecznego, kefir, napój ludów kaukazkich, 3·1% białka, 2·0% tłuszczu, 1·6% cukru mlecznego, oba zatem mają dużą wartość odżywczą, której nie można odmówić i polskim miodom syconym.

Wyskok stanowi dalej ważny środek pomocniczy w leczeniu wzmacniającem i jako taki bywa używany w błednicy, w niedokrwistościach, osłabieniach i w okresie zdrowienia po ciężkich chorobach, a chociaż jego działanie „wzmacniające“ może być tutaj tylko pośrednie i chociaż trudno obliczyć, co w tych razach jest skutkiem wyskoku, a co odpowiedniego żywienia i dyetetycznego zachowania się, to jednak wyniki przy podawaniu wyskoku są w niektórych przynajmniej razach tak dobre, że wyskoku zawsze użyjemy wtedy, gdy mimo wytworzenia najkorzystniejszych warunków zdrowie albo całkiem nie wraca, albo zbyt powoli. Z tego samego i innych wskazań stosujemy wyskok i u suchotników. Szkoła Brehmera i Dettweilera wpadła w przesadę, uważając wyskok w leczeniu suchot nietylko za środek pobudzający serce, ale za jeden z najistotniejszych czynników metody odżywczej i podając go w ogromnych ilościach i pod postacią najmocniejszych przetworów wyskokowych (portwein, piwo angielskie, madera, sherry, mocne likiery i t. d.) Wystrzegając się takiej skrajności, przyznać jednak należy, że u pewnych osób i w pewnych okresach suchot podawanie w małych ilościach słabych, a pożywnych napojów wyskokowych, jak pewnych gatunków piwa, kefiru i t. d. niewątpliwie oddaje znaczne usługi. Kierując się tem, nawet sanatorya ludowe, wogóle unikające wyskoku ze

względów oszczędności, mimo to podają go pod postacią słabych piw, albo pod postacią kefiru.

Przeciw bezsenności używa wyskoku dość powszechnie dotąd psychiatrya u pewnej kategoryi chorych i ceni wysoko jego nasenne działanie. Żałować tylko należy, że medycyna wewnętrzna z tej jego własności stosunkowo tak mało korzysta i woli polecać morfinę, chlorali t. d. tam, gdzie ten sam skutek możnaby równie łatwo osiągnąć jedną lub dwiema szklankami piwa. Osoby nerwowe, zwłaszcza kobiety do wyskoku nieprzyzwyczajone, cierpiące całymi miesiącami na bezsenność pomimo używania najrozmaitszych obosiecznych leków nasennych, często po zastosowaniu piwa odzyskują sen, a cera ich, dotąd ziemista, szybko i wybitnie się poprawia.

Wyskok stosuje się nadto przemijająco w psychicznych stanach przygnębienia celem podniesienia nastroju chorego, celem wywołania tzw. euforyi u niektórych chorych w chwilach ogarniającej ich strasznej trwogi i troski, oczywiście z zachowaniem miary i tylko wtedy, jeżeli przez to lekarska strona naszego działania nie ucierpi.

W końcu Bunge wspomina jeszcze o jednem wskazaniu do podawania wyskoku, a mianowicie celem złagodzenia cierpień konania (*euthanasia*). I rzeczywiście nieraz stwierdzić można, że łyżka dobrego wina daje umierającemu uczucie, że oddech jego staje się łatwiejszym i zmniejsza się uczucie niemocy. I dlatego w nieuleczalnych sprawach chorobowych, jak w suchotach, raku, mięsaku i t. d. wyskok jest dla umierających równie wielkiem dobrodziejstwem, jak morfina wobec bolów; tu staje się on prawdziwie „*ultima consolatio morientis corporis humani*“.

Natomiast przeciwwskazany jest wyskok u dzieci aż do 14 roku życia prócz bardzo wyjątkowych przypadków, dalej u niektórych osób nerwowych, zwłaszcza u tych, których woli brak dostatecznego hartu, neurasteników, histeryków, epileptyków, u wyleczonych pijaków, u których już mała ilość wyskoku, nieopatrznie podanego, może obrócić w niwecz całe dotychczasowe leczenie, u osób zwyrodniałych lub nie znoszących wogóle najmniejszych nawet dawek wyskoku, wreszcie w całym szeregu innych chorób, w których każdy podręcznik używanie wyskoku bezwarunkowo wyłącza.

Wartość wyskoku, jako leku, oświetlają najlepiej sądy największych dawniejszych i najwybitniejszych współczesnych klinicystów. I tak Ziemssen w podręczniku terapii chorób wewnętrznych Penzoldta i Stintzinga z r. 1902 w artykule o leczeniu duru brzusznego mówi: „Napoje wyskokowe mają w leczeniu duru nieocenioną wartość, muszą być jednak, podobnie jak i pokarmy, stosowane według metody z góry ściśle indywidualizującej. Podajemy od początku lekkie, niekwaśne wina białe, wieloletnie, $^1/_4$—$^1/_2$ l. na dzień, z wodą; natomiast przy wybitnych objawach jelitowych (bębnica, obfite biegunki) wino grzane (Glühwein), sporządzone ze starego burgunda z cukrem, cynamonem i kilkoma goździkami, raz zagotowane, w ilości $^1/_4$—$^1/_2$ l. na dzień. Zimne wino czerwone nie zaleca się jako napój. W 3. i 4. tygodniu odgrywa wino szampańskie główną rolę. Podajemy je w dawkach niewiększych nad 20—30 c$^3$ na raz, ponieważ w większych dawkach pobudza łatwo ruchy robaczkowe, podajemy jednak tę dawkę tak często, (przynajmniej w ciężkich przypadkach), że w ciągu doby chory zużywa flaszkę. Jeżeli biegunka dalej trwa, to podajemy szampan naprzemian z winem grzanem; zazwyczaj podaje się wino szampańskie ze zwykłą wodą do picia. Szampan wywołuje umiarkowane, przyjemne podniecenie i gasi pragnienie. Czyste wino szampańskie sprawia ból w ustach i gardle. Obok wina koniak, rosyjska herbata z rumem albo arakiem, ciepły grog, jeżeli chodzi o to, ażeby podnieść sprawność układu nerwowego. Odmiana w napojach zaleca się. Na pytanie, do jakich dawek ograniczyć się powinno ilość napojów wyskokowych na dobę, nie można dać ogólnej odpowiedzi. W ogólności można tylko tyle powiedzieć, że według doświadczenia, zebranego w leczeniu duru, później o wiele częściej przychodzi żałować, że się podało za mało, niż za wiele“.

Gebhard w tym samym tomie mówi o leczeniu posocznicy u położnic w ten sposób: „Ważne znaczenie w leczeniu ciężkich przypadków ma oddawna wyskok, a liczni autorowie gorąco polecali go stosować. Podaje go się w tym celu, ażeby służył jako środek podniecający przeciw zagrażającemu słabnięciu serca i ażeby wstrzymywał silny rozpad białka. Podaje się go wszelkimi możliwymi sposobami. Przedewszystkiem poleca się rozetrzeć kilka żółtek ze 150—200 gr. dobrego koniaku i podaje się z tego co $^1/_2$ godziny łyżkę stołową; obok tego podaje się dobre czyste wino albo wino szampańskie, wogóle co chora pić może. Przekonałem się wielokrotnie, że chore takie, którym dobitnie przedstawiłem, że obfity dowóz wyskoku jest konieczny i do pewnego stopnia prowadzić może do wyleczenia, wypijały ogromne ilości nawet wtedy, kiedy nie były przyzwyczajone do używania wyskoku“. Frommel n. p. podaje, że pewna bardzo wykształcona chora, która przedtem była przyzwyczajona pić zaledwo jedną do dwóch szklanek dziennie, w ciągu 13 dni wypiła 24 butelek wina szampańskiego i 11 flaszek ciężkiego wina reńskiego, a mimo to w ciągu tego czasu ani razu nie nastąpiło oszołomienie, ani mdłości. Pomyślne skutki podawania tak wielkich dawek spostrzegano wielokrotnie, a w szczególności zasługują pod każdym względem na uwagę wyniki, uzyskane przez Rungego w najcięższych przypadkach zakażeń. Breisky tak się o wyskoku wyraża: „Zaznaczam, że co do mnie uważam wyskok w posoczniczej gorączce połogowej za silniejszy środek przeciwgorączkowy od chininy i z tego powodu stosuję go nawet przy ciągłej gorączce“.

Ahlfeld w sprawozdaniu ze swojej kliniki powiada: „Co inni w leczeniu gorączki przy zakażeniach połogowych starają się osiągnąć zapomocą naparstnicy, chininy i salicylanu sodowego, to my osiągamy podawaniem dużych dawek wina. Musi ono być bardzo silne, nie za słodkie, ażeby je chore długo znosiły, nie za kwaśne, ażeby nie działało zanadto na ruch jelit. Obecnie używam bardzo silnego hiszpańskiego wina, które można podawać w ogromnych ilościach. Przeważna część pacyentek pije to wino nierozcieńczone i zużywa, jeżeli je zalecimy, aż do 1 l. i więcej na dzień“.

Podobne doświadczenia zebrał Runge, który mówi: „Wyskok jest środkiem podniecającym serce i posiada jako taki wielką wartość w osłabieniu serca i wobec grożącego zapadu, jaki w toku posocznicy nierzadko się zdarza, a jaki zwłaszcza przy stosowaniu kąpieli się spostrzega. Stąd rada: bezpośrednio przed i bezpośrednio po kąpieli podać dawkę

wyskoku“. A dalej oświadcza: „Sądzę, że przez te czynniki, podobnie jak przez wiele innych wielokrotnie wymienianych objawów, które wywołuje złączenie dowozu wyskoku z kąpielami, wzrasta odporność ustroju na jad septyczny wprost uderzająco“.

Również Curschmann uważa wyskok za niezbędny w całym szeregu chorób. Pelman w *„Deutsche Klinik“* z r. 1902 tak pisze w artykule o leczeniu chorych umysłowych: „Należy obecnie do dobrego tonu także w medycynie wyruszać w pole przeciw używaniu napojów wyskokowych i ile możności usuwać je nawet z szeregu środków leczniczych. Przesadą byłoby zaprzeczać ich pożytkowi nawet tam, gdzie on się tak dowodnie urzeczywistnił. A taki przypadek zachodzi w wielu ostrych psychozach. W obłąkaniu połogowem, majaczeniach zapadowych i podobnych stanach, gdzie chory, znajdując się w ciągłym ruchu, nie ma czasu na jedzenie, wargi pokrywają się mułem, a tętno staje się coraz drobniejsze, tam szklanka Sherry działa często jakby cudownie i cały obraz chorobowy naraz na lepsze zmienia“. Maragliano i jego uczniowe z naciskiem podnoszą bezpośrednią użyteczność wyskoku w gruźlicy, a zwłaszcza koniaku w ilości 50—90 c³ na dzień. Antytoksyny i oddziaływanie tkanek na zarazek mają się wzmagać, wydzielanie azotu moczem obniżać, a wymiana istot białkowych zwalniać. Gervino, który podjął w tym kierunku doświadczenia na zwierzętach, doszedł do podobnie pomyślnych wyników. (C. d. n.)

# Wyciągi.

**MEDYCYNA TEORETYCZNA.** Waldvogel i Mette. **Autoliza w narządach dotkniętych zwyrodnieniem tłuszczowem (u człowieka).** (*Münch. med. Woch.*, 1906, Nr. 9). Zamiast nieprawdopodobnego przypuszczenia, że w czasie zwyrodnienia tłuszczowego narządów wewnętrznych wywędrowuje tłuszcz z tkanki podskórnej i osadza się w tych narządach, tłómaczy autor całe zjawisko zapomocą autolizy. Sprawa odbywa się na koszt lecytyny; im dłużej odbywa się zjawisko autolizy, tem mniejszą ilość lecytyny stwierdzi (w wątrobie) badanie chemiczne, tem więcej powstanie natomiast kwasów tłuszczowych i obojętnych tłuszczów, jekoryny, a nadewszystko cholestearyny. Ilościowe zmniejszenie się lecytyny, a zwiększenie wymienionych produktów, które z niej w czasie autolizy powstają, znamienne jest jedynie dla zwyrodnienia, a nie nacieku tłuszczowego; badanie więc w tym kierunku pozwoli nam najściślej odróżnić te dwie sprawy od siebie.

*Dr. M. Godlewski.*

Prof. May. **Nowy sposób barwienia metodą Romanowskiego.** (*Münch. med. Woch.*, 1906, Nr. 8). Autor tak streszcza zasadę swej metody: „Metoda polega na przekształcaniu preparatów, barwionych eozyną i błękitem metylenowym, w zabarwienie otrzymywane metodą Romanowskiego. Dochodzi się do tego w sposób bardzo prosty, barwiąc preparaty następczo metylenazurem“. Preparaty barwi się najpierw sposobem May-Grünwalda (*Centralbl. für inn. Med.*, 1902, Nr. 11), opłukuje w wodzie w ciągu 1 minuty, wreszcie (bez osuszania) barwi ½% rozczynem metylenazuru w ciągu 2—4 minut. Jądra limfocytów i ziarenka barwią się czerwono, ziarna eozynofilne szarawo, ziarna komórek tucznych czerwonawo-fioletowo, protoplazma limfocytów niebiesko, krwinki czerwone zachowują barwę naturalną. Metoda nadaje się do barwienia pasorzytów zimniczych, bakteryi i krętka bladego. *Dr. M. Godlewski.*

Jakuszewicz. **Badania nad zastosowaniem metody biologicznej do określenia strawienia białka w przewodzie pokarmowym.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, T. 48). Wstrzykując królikom surowicę bydlęcą, otrzymywał J. z nich surowicę, która dodana w ilości 0,02 cm.³ do 1 cm.³ surowicy bydlęcej rozcieńczonej w stosunku 1:800, wytwarzała w niej wyraźny strąt. Takiż strąt dawała surowica z wyciągiem z surowego mięsa (5 gr. na 100 gr. fizyologicznego rozczynu soli). Surowica ta nie zmieniała się po ogrzaniu przez godzinę przy 61° C., traciła zaś swoistą zdolność strącania po ogrzaniu do 72° C., również po dodaniu kwasów i zasad; w miarę zgęszczenia zasad szybciej. Nie działała natomiast na wyciągi z bydlęcego mięsa gotowanego, surowego mięsa końskiego, barana i kury, również na rozczyny peptonu i albumoz. Zachęcony przez Wassermanna próbował J. stwierdzić, o ile tym sposobem uda się wykryć białko w kale osób chorych, żywionych mięsem surowem, u których napotkano niestrawione włókna mięsne. Wynik 36 takich prób był ujemny. Przyczynę tego przypuszcza J. w zmianie ciał białkowatych w przewodzie pokarmowym, wywołanej sokami trawiennymi, w ich braku kwasem mlecznym, — a przypuszczenie swoje stwierdza doświadczeniami. *L. Bier.*

Schutze. **Antylaktaza.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, T. 48). Badanie fermentów stwierdziło fakt, teoretycznie nader ważny: możliwość stwarzania odporności wobec fermentów, podobnej do odporności wobec toksyn, z któremi fermenty łączy pokrewieństwo biologiczne. Do szeregu surowic swoistych, zobojętniających odpowiedni ferment, a uzyskanych przez wstrzykiwanie zwierzętom swoistych fermentów, dołączył S. nową — antylaktazę. Laktazą nazwał Beyerinck enzym, wytwarzany przez grzybki fermentacyi cukru mlecznego (*saccharomyces Kefir i Tyrocola*), rozszczepiające cukier ten na glukozę i galaktozę. Otrzymaną z grzybków kefirowych laktazę wstrzykiwał S. podskórnie i do mięśni królikom i kurom, a we krwi tych zwierząt znajdował ciało, powstrzymujące rozkład cukru mlecznego, zaprawionego laktazą, ciało, które nazwał antylaktazą. Dwugodzinne ogrzanie przy 60° C. surowicy królika, uodpornianego laktazą, nie niszczyło antylaktazy. *L. Bier.*

Pada. **Bacterium capsulatum misothermum.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 20). Autor wykrył w wodzie zapomocą hodowli żelatynowej bakteryę z otoczkami, podobną w obrazie mikroskopowym do prątka Friedländera; od tego prątka różni się ona jednak ruchliwością, którą zawdzięcza 1—5 rzęsom, umieszczonym na jednym z końców bakteryi. Bakterya ta rozpuszcza nadto w starszej hodowli żelatynę, nie wytwarza w hodowli z cukrem gazu, tworzy na ziemniaku pokład gruby, połyskujący, barwy brunatnej; nie zmienia mleka, serwatkę zaś lakmusową barwi na ciemnoniebiesko; dla myszy białych jest obojętna. Własności postaciowe i biologiczne tej bakteryi odpowiadają z wyjątkiem ciepłoty, odpowiedniej dla najkorzystniejszego rozwoju, własnościom bakteryi, znalezionej przez Herzfelda i Hermanna w śluzie nosa i nazwanej przez takich *bacterium capsulatum misothermum*. Różnice ciepłoty najlepszego rozwoju obu zarazków tłómaczy P. przystosowaniem się zewnętrznem, a obie bakterye uważa za ten sam gatunek. *L. Bier.*

**MEDYCYNA WEWNĘTRZNA.** Chantemesse. **Pięć lat leczenia surowicą przeciwdurową.** (*Presse méd.* Nr. 16, 1906). Statystyka innych szpitali w Paryżu i zagranicą podaje w ciągu ostatnich 5 lat 17 prc. śmiertelności, natomiast w statystyce autora śmiertelność chorych, leczonych surowicą przeciwdurową, spada na 3·7 prc. — W pierwszym okresie po wstrzyknięciu surowicy, trwającym 4—5 dni, powstaje leukocytoza, chorzy jednak jeszcze gorączkują; dopiero po 4—5 dniach gorączka spada, czasem nagle, zwykle zwolna. Tętno spada równomiernie z gorączką. Niekiedy podnosi się liczba tętna do 150—160, co jednak niema złego znaczenia w rokowaniu, gdyż równocześnie parcie krwi podnosi się na 14—17—18 ctm. rtęci. Stale występuje obfite moczenie, białko w moczu znika, biegunka w parę dni ustaje. Autor nie zauważył, aby powikłania zdarzały się częściej u chorych leczonych surowicą. Przy powikłaniu z zakrzepem autor podaje pokarmy, nie zawierające chlorków. Krwotoku kiszkowego nie było przez pięć lat ani razu. Aby zapobiedz krwotokowi u ciężko chorych, którzy późno dostawali się do szpitala, podawał autor z końcem 2-go tygodnia gorączki chlorek wapnia. Przebicie jelita przez wrzody stanowi zwykle 2½ prc. śmiertelności; z chorych leczonych surowicą swoistą tylko 1½ prc. uległo temu powikłaniu; niektórych uratowano zapomocą operacyi. Autor podawał chorym tylko część 1 ctm.³ surowicy swoistej. Działanie surowicy jest antytoksyczne, gdyż biegunka, ból głowy bardzo szybko ustają; sama przez się surowica nie działa trująco, gdyż świnki morskie i króliki znoszą znakomicie jej wstrzyknięcie; działa bakteryobójczo, gdyż siła bakteryobójcza krwi przy podaniu surowicy zmniejsza się podobnie, jak przy wyzdrowieniu z duru; surowica działa silnie aglutynująco. Za główny czynnik leczniczy uważa jednak autor podniecenie tkanki limfatycznej do zwiększonego wytwarzania krwinek białych. To działanie na narząd limfatyczny zaznacza się przerostem śledziony, zwiększeniem się ilości ciałek wielojądrzastych z równoczesnem zmniejszeniem ilości eozynochłonnych, poczem występuje znaczny przyrost dużych krwinek białych jednojądrzastych. Przyjmując ten mechanizm leczniczy, autor radzi u ciężko chorych w późniejszym okresie, u których narząd limfatyczny jest nadwerężony silnem ogólnem zakażeniem, po-

dawać tylko bardzo małą ilość surowicy, aby nie wymagać za dużo od tkanki chorej. Wszyscy chorzy, którym wstrzyknięto surowicę w pierwszym tygodniu choroby wyzdrowieli. *Mostowski.*

Labbé i Vitry. **Białko w żywieniu gruźliczych.** (*Presse méd.* 1906, Nr. 13). Dyeta tucząca gruźliczych polega na założeniu, że ustrój przyswaja większą ilość azotu z podanego pokarmu i wynagradza w ten sposób ubytek swych tkanek. Richet już wykazał, że pomyślne wyniki tuczenia gruźliczych zwierząt nie zależą od ilości podanego białka, ale od swoistego znaczenia mięsa surowego, które łatwiej ulega przyswojeniu: w tej samej ilości podawane mięso pieczone wywołuje bardzo silne biegunki i groźne ich następstwa dla ustroju, trawionego chorobą. — Autorowie postanowili wyświetlić, czy przyswajanie u chorych na gruźlicę jest większe, mniejsze, czy też równe przyswajaniu w ustroju zdrowym. Gdy prawidłowy ustrój przyswaja 90 prc. azotu, podanego w pokarmach białkowych, chorzy na gruźlicę w najlepszych warunkach przyswajają 85 prc. azotu; — 15 prc. nie przechodzi do moczu, ale wydziela się kałem. Przyswajanie na tej stosunkowo znacznej wysokości utrzymuje się tylko w razie podawania małej ilości białka, t. j. 7 gr. azotu dziennie. Gdy pokarm dzienny zawiera 15—17 prc. azotu, ustrój przyswaja zaledwie 35—29 prc. podanego azotu, reszta wydziela się kałem wśród objawów niestrawności i gwałtownych biegunek. Tak jest przy zwykłej dyecie o 2,200 kaloryi. a 20,83 gr. azotu ($2\frac{1}{2}$ l. mleka, 200 gr. chleba, 200 gr. mięsa). Nadto stwierdzono, że ilość azotu przyswojonego jest stałą u jednego i tego samego chorego, bez względu na ilość podanego pokarmu. Podanie znaczniejszych ilości cukru wpływa na lepsze wyzyskanie azotu pobranego, ale tylko wówczas, gdy małą ilość tego azotu chory spożywa. Autorowie wysnuwają praktyczny wniosek, że przy żywieniu chorych gruźliczych należy wprzód stwierdzić doświadczalnie, ile azotu chory może przyjąć, podobnie jak się doświadczalnie oznacza dawkę maksymalną leku. Odpowiednio do wyniku badania należy ustalić pożywienie chorych, gdyż gdy jeden ustrój może przyjąć 12 gr. N dziennie, inny przyswaja zaledwie 6 gr. dziennie. Wszelki niepotrzebny nadmiar szkodzi przewodowi pokarmowemu chorych, którego sprawność jest głównym warunkiem leczenia *Mostowski.*

A. Fraenkel. **Drogi szerzenia się gruźlicy płuc, ze stanowiska klinicznego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 9, 1906). Zarazek gruźlicy zakaża ustrój, a następnie płuca trojaką drogą: przez wdychanie z powietrzem wprost do drobnych oskrzelków i stąd do płuc, albo drogą naczyń limfatycznych, albo drogą krwi. Pierwotne zakażenie drogą krwi możliwe jest tylko w życiu płodowem przez łożysko u matek gruźliczych, jak to Schmorl wykazał. U dzieci główne znaczenie ma zakażenie drogą naczyń limfatycznych; zarazek dostaje się czy to z jamy ust. czy z przewodu pokarmowego do naczyń limfatycznych, a z nich do gruczołów oskrzelowych, dając znany obraz gruźlicy dziecięcej, co popierają nietylko doświadczalne wyniki na zwierzętach (Weleminsky, Bartel i Spieler), lecz i doświadczenie kliniczne (obrzęki gruczołów szyjnych u zołzowatych dzieci, zajęcie gruczołów oskrzelowych). U dorosłych, pomijając nieliczne przypadki, w których można było wyśledzić drogę zakażenia z zajęcia gruczołów szyjnych, nadobojczykowych i następowych zmian w płucach i opłucnej, przeważna część zakażeń powstaje bezpośrednio drogą oddechową; kliniczne objawy pojawiają się dopiero później już po powstaniu pierwotnego ogniska gruźliczego, jak się to najczęściej dzieje, przy pierwszym krwotoku płucnym u dotąd pozornie zdrowej osoby. Z rozpadłego ogniska gruźliczego zakażają się pęcherzyki płucne, wypełnione wybroczoną krwią, przez co powstaje naciek swoisty (zapalenie gruźlicze aspiracyjne); w gwałtowniej przebiegających przypadkach treść rozpadłego starego ogniska (jamy lub gruczołu oskrzelowego) dostaje się przez aspiracyę wprost do oskrzeli. Stąd powstają dwojakie obrazy chorobowe: albo rozsianie się drobnych guzków po przebytym krwotoku płucnym w odległych częściach płuc, cechujące się klinicznie dłuższą, dość wysoką gorączką, rozlanemi drobnobańkowemi rzężeniami i rdzawą plwociną, albo, co rzadziej, ostra okołooskrzelowa gruźlica z gorączką wyniszczającą, rzężeniami dźwięcznemi przy braku zmian wypukowych. W dalszym przebiegu z dwu tych typów rozwija się trzeci: zlanie się wszystkich ognisk serowatych i wytworzenie się jam gruźliczych; usposabiają szczególniej do tego cukrzyca, grypa i alkoholizm. — W przypadkach o przewlekłym przebiegu trudno według autora odgadnąć drogę ciągłego dalszego postępowania sprawy; prawdopodobnie dzieje się to przez aspiracyę do oskrzelków. — Wielkie znaczenie mają zakażenia mieszane, klinicznie objawiające się zaostrzeniem sprawy chorobowej, pojawieniem się licznych drobnobańkowych rzężeń, naciekami, po których następuje poprawa i zniknięcie stłumień. Autor przyznaje, że leczenie jest bezsilne wobec szerzenia się gruźlicy przez aspiracyę; tylko u ciężarnych można czynnie wystąpić, wywołując sztuczne poronienie celem przerwania szybkiego szerzenia się gruźlicy, choć nie zawsze z pomyślnym skutkiem. *Maciąg.*

Delearde i Dubois. **Zatrucie ołowiem i leczenie kolki ołowiczej.** (*Presse méd.* 1906, Nr. 13). Autorowie stwierdzają zmniejszanie się liczby przypadków zatrucia ołowiem w północnej Francyi. Główna przyczyna zatruć leży według autorów w złem urządzeniu fabryk, w nieostrożności robotników, rekrutujących się z ludzi bezdomnych, chwilowo pozbawionych innej pracy i często nadużywających napojów wyskokowych. Za główną przyczynę kolki uważają autorowie ból, usadowiony u dolnego przyczepu jednego z mięśni prostych brzucha. Ból ten przeszkadza aktowi oddawania kału, gdyż chory boi się napiąć owe mięśnie, bez którego to skurczu oddawanie stolca nie może nastąpić. To sprowadza zaparcie stolca, które znowu wpływa na utrzymywanie się bolu w mięśniach, doprowadza do wymiotów i innych objawów kolki ołowiczej. Znaczenie spastycznego kurczu mięśni okrężnych jelita jest według autorów wątpliwe. Jako środka leczniczego używają autorowie wstrzykiwań nadoponowych (epiduralnych) kokainy w dawce 0,01—0,03, rozpuszczonych w 2—4 ctm. wody. Ból po kilku minutach ustaje, wymioty znikają, w parę godzin lub wcześniej następuje wypróżnienie, w danym razie przez użycie środka przeczyszczającego. W 2—4 dni chorzy zupełnie wracają do zdrowia. Z równym skutkiem można użyć stowainy w dawce równej lub nieco większej, niż kokainy. *Dr. Mostowski.*

**PEDYATRYA.** Pirquet i Schick. **Wzmożona wrażliwość i przyspieszony odczyn.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 2). Nazwami temi określają autorowie zachowanie się ustroju wobec wielokrotnych wstrzykiwań surowicy końskiej. Często powtarzane wstrzykiwania surowicy końskiej królikowi, początkowo zupełnie nieszkodliwe, wywołują później zaburzenia, jak obrzęk, ropnie i obumarcie tkanki, a nawet niekiedy nagłą śmierć. To zjawisko tłómaczy się nabytą wzmożoną wrażliwością ustroju wobec surowicy. Podobnie ma się rzecz przy wstrzykiwaniu innych ciał organicznych (n. p. wyciągów z narządów, drobnoustrojów i t. d.). Podobnie tłómaczy się powstawanie odczynu tuberkulinowego u osobników gruźliczych. Wbrew twierdzeniu Arthusa nie ilość wstrzykiwań, ale upłynięcie pewnego czasu ma tu znaczenie; i tak n. p. w ustroju ludzkim termin występowania tej wrażliwości wobec surowicy końskiej wynosi 8—10 dni po pierwszem wstrzyknięciu. Po upływie dłuższego czasu wzmożona wrażliwość ustępuje miejsca przyspieszonemu odczynowi, t. z. że ogólny odczyn (n. p. wysypka) pojawia się już w 4—6 dni po wstrzyknięciu. Zjawiska te tłómaczą autorowie wytwarzaniem się w ustroju niweczników, a okres wytwarzania się ich wynosi 8—10 dni; po upływie tego czasu powstają ogólne odczyny posurowicze, jak również powtórnie wstrzyknięta surowica, zetknąwszy się ze swymi niwecznikami, staje się przyczyną wspomnianych zaburzeń. *T. Cybulski.*

O. Gross. **Powikłanie płonicy z żółtaczką.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 48). Autor opisuje krótko przebieg 2 lekkich przypadków płonicy, powikłanych krótkotrwałą żółtaczką. Odróżnić należy ciężkie septyczne postacie płonicy z żółtaczką od tych rzadkich przypadków, w których przyczyną żółtaczki było prawdopodobnie nieżytowe zajęcie przewodu pokarmowego i przewodów żółciowych. W tych przypadkach żółtaczka nie wpływa na rokowanie. *T. Cybulski.*

W. Kaupe. **Żółtaczka w przebiegu płonicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 7). W przebiegu lekkiej płonicy w 4 dni po ustąpieniu gorączki podniosła się ciepłota na nowo, przyczem powstał obrzęk wszystkich gruczołów i silna żółtaczka, do czego dołączyło się ostre zapalenie nerek. Zejście było pomyślne. Autor nie chce rozstrzygać, co było przyczyną żółtaczki, przypuszczając, że było nią albo zajęcie wątroby samej jako gruczołu, albo obrzęk gruczołów przy wnęce wątroby. *T. Cybulski.*

R. Stüve. **Surowica przeciwbłonicza Behringa i homeopatya.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 9). Autor spotkał się w praktyce z przypadkami błonicy, leczonymi przez lekarza-homeopatę zapomocą wewnętrznego podawania surowicy swoistej w śmiesznie małych dawkach 5—15 kropli. Z ogłoszonych licznych badań wynika, że wogóle podawanie wewnętrzne surowicy ani zapobiegawczo, ani leczniczo nie działa, wbrew zdaniu kilku autorów, którzy (na małym materyale) mieli otrzymywać wyniki dodatnie. Natomiast należy zwrócić uwagę na usiłowania Cairusa i Muira, którzy w rozpaczliwych przypadkach błonicy wstrzykiwali surowicę swoistą do żył i to w dawkach niezwykle wielkich, bo dochodzących do 20.000—80.000 jednostek. *T. Cybulski.*

Manteufel. **Badania statystyczne co do znaczenia mleka wyjałowionego, w zwalczaniu śmiertelności oseskòw.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 7, 1906). Dla wyjaśnienia

sprawy szukał autor związku między przyczyną zejścia śmiertelnego oseskόw w danym okresie czasu, a jakością podawanego im za życia pokarmu. Za materyał służyła autorowi urzędowa statystyka dzieci poniżej roku, zmarłych z powodu zaburzeń żołądkowo-kiszkowych w miesiącach letnich (od czerwca do końca września) w roku 1904 i 1905 w Halle. Autor wypytywał osobiście rodziców zmarłych niemowląt o warunki, w jakich przed śmiercią zostawały, a przedewszystkiem, jak były karmione, badając. o ile możności naocznie, stosunki rodzinne i majątkowe danego domu. Z pracowicie zebranych danych nie zdołał jednak autor wysnuć żadnego wniosku, a stwierdza jedynie liczne usterki w organizacyi miejskich instytucyi rozdawnictwa mleka. Porównując je z francuskiemi, uznaje wyższość tamtych, polegającą na tem, że administracya ich prostsza, wspólny zarząd ułatwia potrzebną kontrolę, zaś sam sposób rozdawania mleka jest dla publiczności mniej kłopotliwy, a stąd korzystających tak wielu. W tem widzi autor przyczynę, że w Niemczech instytucye te nie spełniły dotąd swego zadania w tym stopniu, jakiego spodziewano się w stosunku do ogromnych, łożonych na nie kosztów. *A. Gettlich.*

W. Hempel. **Sposób otrzymywania mleka „bez zarzutu“ dla niemowląt, dzieci i chorych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 7). Zaufanie, jakie obudziło się do wyjaławiania mleka, sprawiło, że zaniedbano zupełnie starań o uzyskanie dobrego mleka surowego, „żywego“, któreby, nie wyjaławiając, można bez obawy podawać niemowlętom i dzieciom. Jaki zwolennik mleka „żywego“ wyraża autor zdanie, że dzieci żywione mlekiem „nieżywem“, wyjaławianem, zawdzięczają dobry rozwój tylko własnej konstytucyi i odporności. Po zwalczeniu pewnych trudności (niechęć producentów do zaprowadzenia nowych urządzeń) powiodło się autorowi otrzymać „żywe“ mleko „bez zarzutu“. Za niezbędne warunki uważa: bydło próbowane tuberkuliną, stajnię hygieniczną, aseptyczne dojenie (w osobnym lokalu zdala od obory) i rozlewanie mleka (zapomocą odpowiednich przyrządów), lodownię na miejscu i chłodzenie przy przesyłce. W mleku, dostarczanem z zachowaniem tych przepisów, stwierdzono drobnoustrojów 1600, w mleku z innych stajni 33.000 i 38.000, w mleku pasteryzowanem sklepowem 280.000, a 370.000 w mleku, oznaczonem jako sterylizowane. *T. Cybulski.*

**CHIRURGIA.** Jarvis. **Dokładne odtworzenie graficzne zmian gruźliczych w nerce przed operacyą.** (*Presse méd.*, 1906, Nr. 13). Autor streszcza badanie Fanwicka z Londynu nad obrazem gruźlicy nerek. Gdy przy cystoskopii zobaczymy ujście moczowodu pokurczone, to dowodzi to gruźlicy odpowiedniej nerki. Moczowód jest wówczas zgrubiały, ale samo zgrubienie jego ścian, wyczuwalne przez pochwę lub kiszkę stolcową, dowodzi tylko przewlekłych zmian łącznotkankowych w ścianie moczowodu, natomiast cystoskopowy obraz pokurczenia ujścia moczowodu dowodzi, zdaniem autora, napewno gruźlicy nerki. Mechanizm dalszego rozwoju gruźlicy jest zdaniem autora następujący: wskutek stwardnienia ścian moczowodu i równoczesnego stwardnienia miąższu nerki, w których stale powstają zmiany łącznotkankowe, parcie moczu przenosi się w kierunku górnego i dolnego bieguna nerki, czyli w kierunku obu skrajnych kieliszków miedniczek nerkowych: tu powstają owrzodzenia i na tych obu biegunach rozwijają się pierwsze zmiany gruźlicze w nerce; znać te stosunki — jest rzeczą ważną ze względu na wykonanie zabiegu, t. j. zwykle zamiast usunięcia nerki chorej można wykonać resekcyę części chorych. Tylko wtenczas jednak można liczyć na takie usadowienie się gruźlicy, gdy sprawa nie trwa dłużej, niż dwa lata i gdy mocz nie zawiera innych bakteryi prócz gruźliczych, zakażenie wtórne zmienia bowiem zupełnie obraz chorobowy. Tylko w 18 prc. stosunki są rzeczywiście takie, jakie Fanwick uważa za prawidłowe. *Mostowski.*

Boratyński. **O stosowaniu operacyi Bassiniego i Kochera w leczeniu przepuklin pachwinowych.** (*Deutsche med. Wochenschr.*, Nr. 51, 1905). Operacya Kochera nadaje się, zdaniem autora, najlepiej wobec przepuklin pachwinowych z małemi zmianami anatomicznemi w okolicy pachwinowej, z wązkim i skośnym kanałem pachwinowym. Przy niektórych przepuklinach średniej wielkości powinien wybór operacyi zależeć od stopnia ruchomości otrzewnej i od szerokości rozstępu między głębszą warstwą mięśni brzucha, a więzadłem Pouparta. Przy ruchomej otrzewnej wskazaną jest operacya Kochera, przy znacznym rozstępie między więzadłem Pouparta, a głębokimi mięśniami — operacya Bassiniego. Przepukliny pachwinowe o znacznych zmianach anatomicznych okolicy pachwinowej, w których stwierdza się klinicznie szeroki kanał pachwinowy, radzi autor operować metodą Bassiniego. *B. Żmigród.*

E. Friedheim. **Podskórne pęknięcie śledziony.** (*Deut. mediz. Wochenschr.*, Nr. 2. 1906). Autor opisuje dwa przypadki uszkodzenia śledziony, które po natychmiast wykonanem wycięciu śledziony zakończyły się pomyślnie. Pierwszy przypadek dotyczył 23-letniego dorόżkarza, którego koń kopnął kopytem w lewą okolicę podżebrową, poczem powstały bardzo znaczne bole brzucha, jednakże bez wymiotów; mięśnie brzucha, a w szczególności mięśnie proste stały się deskowato twarde. Bóle, wzmagające się niedokrwistość i coraz wyraźniejsze stłumienie po stronie lewej skłoniły (w 3 godziny po doznanym urazie) do otwarcia jamy brzusznej, w której znaleziono około $1\frac{1}{2}$ litra krwi. Na śledzionie można było dostrzedz kilka głęboko drążących pęknięć, dolny zaś biegun śledziony był zupełnie oderwany. Wyłuszczono śledzionę, oczyszczono jamę brzuszną ze krwi i zaszyto. Wśród operacyi wstrzyknięto do żył około 2 litrów fizyologicznego roztworu soli. Przebieg pooperacyjny był dobry, początkowo tylko chory gorączkował: po miesiącu był zupełnie zdrów. Drugi przypadek tyczył się chłopaka, którego przejechano, poczem pojawiły się częste wymioty krwawe, bole brzucha, mierne napięcie mięśni brzucha, po stronie zaś lewej brzucha stłumienie szerokości 4 palców. Przystąpiono zaraz do operacyi; znaleziono tylko uszkodzenie śledziony, mianowicie kilka głębszych pęknięć i oderwanie górnego bieguna śledziony. Wyjęto śledzionę w dwóch kawałkach i zaszyto ranę brzuszną nie usuwając krwi z jamy otrzewnej; wstrzyknięto nadto do żył fizyologiczny rozczyn soli kuchennej. Przebieg gojenia był nieco gorszy, niż w poprzednim przypadku: przez 6 dni było tętno słabe, szybkie, gorączka mierna, dopiero od siódmego dnia począł się zwrot ku lepszemu, a w sześć tygodni nastąpiło wyzdrowienie. W obu przypadkach poprowadzono z powodu niepewnego rozpoznania cięcie podłużne w linii środkowej brzucha, dopiero później, gdy stwierdzono uszkodzenie śledziony, dołączono cięcie poprzeczne na lewo po łukiem żebrowym, by ułatwić sobie dostęp do śledziony. We krwi stwierdzono w obu przypadkach po wyjęciu śledziony zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych krwi i hemoglobiny, a zwiększenie ciałek białych: po ośmiu, względnie 30 dniach skład krwi był już prawidłowy. To samo zauważyć można po każdym większym krwotoku w ustroju, czas zaś odrodzenia się krwi u obu chorych zgadza się z czasem, którego potrzeba, by po znacznym krwotoku krew wróciła do swego prawidłowego składu. *B. Żmigród.*

Graser. **Uwagi o leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Woch.*, Nr 4, 1906). Wnioski swe opiera autor na 100 przypadkach (z tych 15 własnych). Wnioski te są następujące: 1) średnia śmiertelność z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego jest za duża; 2) obecnie jeszcze niepodobna dobrze anatomicznie rozpoznać stan wyrostka i otrzewnej na podstawie badania klinicznego; 3) we wszystkich poważniejszych przypadkach jest niezwłoczna operacya pierwszego, a najpóźniej drugiego dnia, najlepszem leczeniem, gdyż 4) przy wczesnej operacyi znajduje się bardzo często sprawę chorobową, ograniczoną tylko do wyrostka, a wyleczenie przez operacyę jest łatwe i przy dobrej technice operacyjnej nie grozi żadnem niebezpieczeństwem: 5) operacya jest trzeciego dnia w wielu przypadkach już o wiele trudniejsza, a warunki o wiele niepomyślniejsze, gdyż otrzewna bywa już zajęta, powstaje porażenie jelit, a zakażenie ogólne bywa znaczne; 6) nawet w najlżejszych przypadkach należy być gotowym do operacyi, jeśli tylko poprawa nie postępuje lub gdy nastąpiło pogorszenie; 7) należy pamiętać o tem, że jeden objaw niepomyślny więcej znaczy, niż dziesięć pomyślnych; 8) w przypadkach, w których nie operuje się zaraz, jest wskazanem, by chorego zupełnie przez jamę ustną nie odżywiać; 9) nie wolno stosować środków przeczyszczających; 10) makowiec dopiero wtedy można podawać, jeśli się ma jasny obraz co do ciężkości przypadku; 11) między objawami, które świadczą o poważniejszych zmianach, ma szczególniejsze znaczenie rozległa wrażliwość uciskowa brzucha z rozlanem napięciem mięśni brzusznych. *B. Żmigród.*

Finkelnburg. **Spostrzeżenia neurologiczne przy znieczuleniu rdzeniowem kokainą i stowainą.** (*Münch. mediz. Wochft.*, Nr. 9, 1906). Autor wykonał w klinice Biera badania neurologiczne przy stosowaniu znieczulania lędźwiowego. Znieczula się tam obecnie głównie stowainą (0,04—0,06) w połączeniu z 0,01 prc. nadnerczyny. Występowanie znieczulenia zależy przedewszystkiem od techniki wstrzyknięcia, tak że w miarę wzrastającego doświadczenia wyniki są lepsze. Znieczulenie obejmuje przedewszystkiem korzonki rdzenia, lecz po części także przechodzi na sam rdzeń. Przy wstrzyknięciu skarżą się chorzy czasem na ból strzykający w jednej kończynie, co autor odnosi do niesymetrycznego wkłucia igły i silniejszego podrażnienia korzonków tej strony przez ciśnienie wstrzykiwanego płynu, o czem świadczy i to, że w takich przypadkach właśnie ta kończyna ulega o wiele szybciej i silniej znieczuleniu, niż druga, w której ból nie wystąpił. Po upływie minuty (przy ułożeniu na wznak) znika czucie bolu, najpierw na worku mosznowym, międzykroczu i wewnętrznej i tylnej górnej powierzchni ud, przyczem dotyk i lokalizacya czucia są zupełnie zacho-

wane. Wkrótce potem znikają i odruchy kolanowe. W drugiej minucie znika i odruch ścięgna Achilesa. Z końcem trzeciej minuty powstaje znieczulenie aż do podżebrzy, przyczem jednak można jeszcze tu i ówdzie znaleźć miejsca wielkości dłoni, gdzie czucie bolu jest zachowane. W tym czasie czucie dotyku, umiejscowienia, położenia i ciepłoty nie ulega wielkim zmianom. Znieczulenie z tyłu sięga zawsze wyżej, niż z przodu (o wysokość 1—$1\frac{1}{2}$ dłoni). W 4. i 5. minucie znikają odruchy skórne, w 6. minucie zjawiają się pierwsze zmiany w sferze ruchowej w postaci niedowładu kończyn dolnych i mięśni tłoczni brzusznej. W 7—8 minucie w wymienionych mięśniach powstaje porażenie, znieczulenie sięga już do 5. mniej więcej żebra (przy ułożeniu głową w dół), przyczem czucie dotyku, umiejscowienia i ciepłoty ulega też wyraźnym zmianom. Znieczulenie powierzchowne nie idzie zupełnie w parze ze znieczuleniem w głębi, co odrębnością nerwów łatwo się tłómaczy. Znieczulenie trwa $\frac{3}{4}$—$1\frac{1}{2}$ godziny. Powrót czucia następuje o wiele wolniej, niż jego znikanie i w pewnym też porządku. Niedowład trwa zwykle długo, nawet kilka godzin i to najdłużej trwa w mięśniach, które najwcześniej mu uległy. Czucie bolu powraca zupełnie nietypowo, raz wraca od nóg, drugi raz od międzykrocza, i to najpóźniej. Co do innych rodzajów czucia, to najpierw powraca czucie położenia, potem dotyku, dalej ciepłoty. Odruchy zjawiają się jeszcze później, niż ustąpienie niedowładu i to bez żadnego prawidła i niesymetrycznie. Odruch jądrowy daje się u wielu osób wywołać także z podeszwy, jak to autor na wielu chorych i zdrowych stwierdził. Otóż przy znieczuleniu rdzeniowem często niemożna go wywołać z podeszwy, choć przy drażnieniu skóry moszny lub ud występuje wybitnie. Po zupełnem ustąpieniu objawów znieczulenia zdarza się czasem wzmożenie odruchów, tak że i odruch stopowy można wywołać; trwa to najdłużej 30 godzin. Z innych objawów wspomnieć należy o przejściowem zwolnieniu tętna, utrudnieniu oddawania moczu, podniesieniu ciepłoty i t. d. Objawy te zdarzają się niezawsze i tylko chwilowo. Wspomniane wyżej zjawiska stwierdzono przy stowainie. Przy kokainie odruchy zachowują się cały czas prawidłowo, inne rodzaje czucia nie ulegają też wybitnym zmianom, co świadczy o różnem oddziaływaniu tkanki nerwowej na te substancye. Skutków szkodliwych po znieczuleniu lędźwiowem autor nigdy nie zauważył. *A. E. Klęsk.*

**NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA.** Balint. **Przypadek pęknięcia podstawy czaszki z rzadszemi porażeniami. Przyczynek do fizyologii 9, 10 i 11 nerwu czaszkowego.** (*Neurol. Centralbl.* Nr. 3, 1906). Wskutek pęknięcia podstawy czaszki powstało porażenie 9, 10 i 11 nerwu czaszkowego z objawami, nieco się różniącymi od zwyczajnego typu, gdyż pęknięcie nastąpiło prawdopodobnie w miejscu, w którem nerwy te bocznych gałązek jeszcze nie oddają i dlatego porażenia dotyczyły całej przez te nerwy unerwionej przestrzeni. 1. Porażenie nerwu językowo-podniebiennego wywołało zanik czucia smaku na tylnej połowie języka, gdy natomiast przednia zachowywała się prawidłowo, dowód, że czucie smakowe przedniej połowy języka od tego nerwu nie zależy. 2. Uszkodzenie nerwu błędnego wywołało w tym przypadku niemożność połykania kęsa w pierwszej fazie połykania, natomiast dalsze przesuwanie kęsa przez przełyk szło zupełnie dobrze, dowód, że inerwacya czuciowa gardła także i od nerwu błędnego zależy. 3. Wreszcie uszkodzenie nerwu dodatkowego, wywołujące porażenie średniej i górnej części mięśnia kapturowego, udowadnia wyłączne unerwienie tych części; część górna tego mięśnia, jakoteż i mięsień mostkowoobojczykowosutkowy wykazywały tylko bardzo nieznaczne zmiany, gdyż ich unerwienie zależy tylko w części od nerwu dodatkowego — a przeważnie od wiązek nerwowych, pochodzących ze splotów szyjnych. *Schudmak.*

Klempner. **O porażeniu nerwu udowego i zasłonowego wskutek uśpienia.** (*Neurol. Centralbl.* Nr. 3, 1906). Po operacyi, trwającej przez $3\frac{1}{2}$ godz., nastąpiło porażenie powyższych nerwów. Przez cały czas trwania zabiegu (był to zabieg ginekologiczny) kończyny dolne były silnie zgięte i odwiedzione, z powodu czego nastąpiło przeciągnięcie nerwów i wskutek tego porażenie. Autor zwraca uwagę na te następstwa, gdyż przypadki porażenia nerwów kończyn dolnych wskutek uśpienia niewielu tylko lekarzom są znane. *Schudmak.*

Dreyfus. **O zwrotnej nieruchomości źrenic na tle urazowem.** (*Munchener medizin. Wochenschrift*, 1906, Nr. 8). Przyczynek do nauki o zależności zwrotnej nieruchomości źrenic od zajęcia górnego odcinka części szyjnej rdzenia. Autor twierdzi, że co do patogenezy objawu Argyll-Robertsona należy przyjąć zapatrywanie Reichardta. W tych przypadkach, w których za życia ten objaw stwierdzono, znajdowano potem stale zwyrodnienie tak zw. pęczków Bechterewa, położonych w powrózkach tylnych, między pęczkami Golla a Burdacha w szyjnej części rdzenia. Mimo, że objaw ten występuje przy pewnych chorobach mózgowych (kiła mózgu, porażenie postępujące) ma też i rdzeń na jego powstawanie wpływ niewątpliwy (*centrum ciliospinale inferius*). Najrozmaitsze sprawy chorobowe rozlane (uraz, zapalenie rdzenia, nowotwory, syryngomyelia) w okolicy 3. członu rdzenia szyjnego wywołują zwrotną nieruchomość źrenic. W przypadku autora po zmiażdżeniu tej okolicy rdzenia skutkiem upadku z automobilu, przez 3 tygodnie choroby aż do śmierci istniał stale objaw Argyll-Robertsona. Objaw ten każe rokować niepomyślnie; sprawa bowiem toczy się w okolicy blizkiej ośrodka nerwu przeponowego, szerzenie się sprawy grozi zajęciem tego ośrodka, co wywołuje śmierć z uduszenia. *Dr. M. Godlewski.*

Curt Adam. **Przypadek porażenia nerwu odwodzącego po znieczuleniu lędźwiowem.** (*Münch. mediz. Woch.*, 1906, Nr. 8). Przypadek o tyle godny wzmianki, że według wszelkiego prawdopodobieństwa porażenie n. odwodzącego powstało wskutek znieczulenia rdzeniowego. Nagłe obniżenie ciśnienia w kanale mózgowo-rdzeniowym mogło wywołać w tym przypadku krwotok w jądrze rzeczonego nerwu. *Dr. M. Godlewski.*

Peters. **Leczenie chorób nerwowych zapomocą bornywalu.** (*Münch. med. Woch.*, 1906, Nr. 9). Autor zachwala ten lek (kilka razy dziennie po 0,25) w chorobach nerwowych czynnościowych, jak histeryi i neurastenii, gdzie chodzi o zmniejszenie nadmiernej pobudliwości układu nerwowego. *Dr. M. Godlewski.*

**OKULISTYKA.** Jocqs. **Uwagi o wyłuszczeniu woreczka łzowego.** (*Ophth. Klin.* 1906, Nr. 3). W przypadkach znaczniejszego rozdęcia woreczka łzowego, gdzie nie przyszło do zapalenia około-woreczkowego, a temsamem do silnych, bliznowatych zrostów ścian woreczka z otoczeniem, ani też, gdzie niema przetoki, tworzącej większy lub mniejszy otwór w jego przedniej ścianie, najbardziej wskazane jest wyłuszczenie woreczka w całości. Dla ułatwienia tego zabiegu wypełnia się zazwyczaj poprzednio woreczek, bądź to płynem, wstrzykniętym przez jeden z punkcików łzowych, bądź to parafiną lub waseliną. Autor zaleca nieco odmienne postępowanie: otwiera on najpierw woreczek, rozcinając pionowo jego przednią ścianę i wypełnia jamę kulką zwilżonej waty. Następnie zapomocą szczypczyków przytrzymując razem zwarte brzegi zrobionego cięcia, wyłuszcza woreczek przy pomocy skalpela i zakrzywionych nożyczek. Tam, gdzie ściany woreczka są sprawą ropną zniszczone, trzeba się zazwyczaj ograniczyć do wyłyżeczkowania chorej tkanki, co z reguły pociąga za sobą całkowite bliznowate zarośnięcie przewodu nosowołzowego. Operując natomiast wyżej opisanym sposobem, udaje się autorowi zazwyczaj drożność przewodu zachować. *K. W. Majewski.*

Reis. **Spostrzeżenia z dziedziny okulistyki w sztuce włoskiej.** (*Tygodnik Lek.* 1906, Nr. 7 i 8). Autor podczas swej podróży po Włoszech w z. r., oglądając dzieła sztuki po galeryach i muzeach, zwracał pilnie uwagę na ślady dawnych pojęć z dziedziny okulistyki na rzeźbach i obrazach. Z licznych tych spostrzeżeń zasługuje na uwagę przyczynek do historyi okularów z XV stulecia. W galeryi watykańskiej na obrazie Niccola Alunno da Foligno z r. 1465, przedstawiającym koronacyę Matki Boskiej, wśród mnóstwa wymalowanych postaci zauważył autor trzy: Filipa, Jakóba młodszego i Mateusza, z których dwaj pierwsi patrzą przez okulary w dół na zapisaną kartę, a ostatni ma szkła nizko osadzone, a wzrok skierowany ku górze. Jest to anachronizm, który artysta popełnił, być może w celu podniesienia realizmu swego obrazu, ale który zarazem stanowi jeden jeszcze dowód, że w epoce, kiedy obraz ów powstał, użycie okularów, we Włoszech przynajmniej, musiało być dość powszechne. W dalszym ciągu omawia autor sposoby odtwarzania oczu i ich oprawy na rzeźbach i posągach z różnych epok. Wspomina o przekonaniu, które się utrzymywało przez długie wieki, że oko mężczyzny jest stosunkowo większe i wypuklejsze, niż oko kobiety. To błędne zapatrywanie dochowało się jeszcze do końca zeszłego stulecia (Zinn, Sömmering), dopiero w najnowszych czasach obalił je Greeff dowodami naukowymi. Na posągach z czasów Fidyasza, Lizyppa i Praksytelesa gałki oczne są gładkie bez uwidocznienia tęczówki i źrenicy. Nadaje to oczom i twarzy wyraz klasycznego spokoju i pogody. Usiłowania naturalistycznego odtworzenia tęczówki i źrenicy oka, a nawet połysku rogówki, pojawiają się znacznie później. Najmniejszym zasobem środków sztucznych i zarazem najlepiej odtworzył tę część gałki ocznej Michał Anioł. Na jego posągach granica rogówkowo-twardówkowa znaczy się jako płytki rowek okrężny, a źrenicę tworzy dość głębokie okrągłe wydrążenie. Nakonice zwraca autor uwagę na szczegół historyczny, stanowiący przyczynek do charakterystyki wszechstronności i ruchliwości umysłu Michała Anioła. Oprócz malarstwa, rzeźby i poezyi, zajmowała wielkiego mistrza epoki odrodzenia także i okulistyka. Wśród kodeksów watykańskich przechowują

także rękopis poezyi Michała Anioła, w którym na ostatnich trzech stronicach znajduje się p. t. »*Secreta varia ad oculos*« zbiór recept ocznych, własnoręcznie przez Michała Anioła spisanych. Poleca on tam przeróżne leki, zioła i inne środki przeciw chorobom ocznym i daje przepisy dla zachowania wzroku i utrzymania go w sile młodzieńczej. Jak wiadomo, Michał Anioł na starość ociemniał. *K. W. Majewski.*

Bach. **O symetrycznem otłuszczeniu powiek górnych.** [*Blepharochalasis* (?)]. (*Archiv f. Augenh.* Z. 1, T. LIV, 1906). Fuchs w podręczniku swoim opisuje pod nazwą *blepharochalasis* zmianę, polegającą na zwiotczeniu skóry, tworzącej naturalną zmarszczkę powieki górnej. Wskutek tego tworzy się rodzaj worczastego obwiśnięcia skóry, sięgającego nieraz poniżej brzegu powiekowego, który bywa ustawiony prawidłowo. Przyczyną tej zmiany ma być rozluźnienie więzadeł, łączących ścięgno dźwigacza powieki górnej ze skórą powieki. Cierpienie to, powstające w młodym wieku, znane już było arabskim lekarzom (Rhazès, Avicenna, Aboulkâsem), którzy nazywali je „szarnâk“. Autor spostrzegał kilka przypadków tej zmiany, mianowicie u dziewcząt od 15 do 22 lat. U jednej z chorych musiał wykonać operacyę dla usunięcia znacznego oszpecenia. Na obu górnych powiekach było znaczne, zwisające nieco zgrubienie, pokryte zaczerwienioną trochę i napiętą skórą. Dotykiem można było stwierdzić pozorne chełbotanie. Po nacięciu skóry okazało się, że pęczki mięśnia obrączkowego były porozsuwane, a po przecięciu rozpostartej pod nimi powięzi pojawiła się spoista tkanka tłuszczowa, która dała się z łatwością wydobyć w całości, jak gdyby to był ograniczony tłuszczak. Nie można też było stwierdzić bezpośredniej łączności tkanki tej z tłuszczem oczodołowym. Wobec tego autor zmianę w przypadku tym uważa za *lipomatosis palpebrae*, a zatem za coś innego, niż właściwa *blepharochalasis*, która odpowiada więcej opisanej przez Sichela *ptosis atonica*. Fuchs w operowanych przez siebie przypadkach tłuszczu nie znajdował. W przypadku autora niektóre objawy, jak powiększanie się obrzmienia powiek podczas miesiączkowania i bole głowy, które po operacyi ustąpiły, przemawiają poniekąd za trofoneurotycznem tłem cierpienia. *K. W. Majewski*

## Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie lwowskie.

#### II. posiedzenie naukowe dnia 16 lutego b. r.

I. Kol. Prezes przypomina na wstępie, że termin zgłaszania tematów na zjazd w Lizbonie upływa z dniem 1 marca.

II. Kol. R. dw. prof. Rydygier przedstawił chorą 9-letnią z **krzywą szyją** (*torticollis*) **z powodu zbliznowacenia mięśnia** mostkowo-sutkowo-obojczykowego prawego. Mięsień ten odsłonięto, wycięto dolną ⅔ część, która była całkowicie bliznowato zwyrodniała, poczem wykonano plastykę z mięśnia piersiowego większego (własnym sposobem). Wynik kosmetyczny i czynnościowy nie pozostawia nic do życzenia. (Spostrzeżenie to będzie obszerniej opisane).

III. Kol. Franke przedstawił chorą **z guzem w okolicy rękojeści mostka**, poprzednio tętniącym wybitnie. Ponieważ u chorej zaczęły się rozwijać porażenia kończyn dolnych z zaburzeniami w oddawaniu moczu i kału, zastosowano wcierania rtęciowe i podano jod, w przypuszczeniu, że tak guz, jak i porażenia te należy odnieść do jednej przyczyny, t. j. przebytej kiły (pomimo ujemnych w tym kierunku wywiadów). Guz wtedy zaczął się dość szybko zmniejszać, stał się twardszy, o powierzchni nierównej, tętnienie ustąpiło zupełnie. Wynik więc leczenia pozwala tembardziej uważać guz za **kilak**, który dzięki bezpośredniemu zetknięciu z łukiem tętnicy głównej okazywał tętnienie.

W dyskusyi przemawiają koll.: Pisek, Stauber i Marischler, który zwraca uwagę na nowotwory, tworzące przerzuty w kościach (wychodzące z nadnercza, gruczołu tarczowego i t. d.) i przypomina sobie przypadek, spostrzegany w klinice wiedeńskiej, mianowicie guz tętniący na kości goleniowej, pochodzący z nowotworu nadnercza; nowotwory nadnercza mogą podnosić ciśnienie krwi (przypadki Neussera, gdzie ognisko udarowe w mózgu było wielkości niezwykłej); przypomina wreszcie przypadek, spostrzegany w klinice tutejszej w r. 1898, z rozpoznaniem pierwotnego nowotworu nadnercza (liczne przerzuty nowotworowe w płucu, wątrobie), potwierdzonem przy sekcyi. Wyciągi, z tych przerzutów sporządzone, podwyższały ciśnienie krwi u królika; badanie zatem podobnych wyciągów mogłoby być zastosowane w przypadkach wątpliwych do celów rozpoznawczych.

IV. Kol. Reichenstein okazuje preparaty makroskopowe i mikroskopowe z narządów 40-letniego mężczyzny, u którego za życia wystąpiło rozległe **rozsianie się guzków w skórze** tułowia (wielkości główki od szpilki i grochu). Badanie histologiczne jednego z tych guzków stwierdziło w nim budowę **raka gruczolakowego.** Źródła rozsiania nie znaleziono ani w gruczole krokowym, ani tarczowym, obserwacya kliniczna nie wskazywała na pierwotnego raka nadnerczy; przypuszczano więc pierwotnego raka płuc. Przy sekcyi (doc. Kučera) okazało się, że całe nadnercze lewe jest rakowato zmienione, w prawem zaś znaleziono przerzut. W płucach znaleziono zmiany o charakterze przerzutowym. Prelegent, opierając się na pracach anatomopatologów, w szczególności M. B. Schmidta (Die Verbreitungswege der Karzinome etc. Fischer, Jena, 1903) podkreśla ważność dokładnego badania płuc, bo tak rozległe przerzuty w krążeniu wielkiem nie mogłyby powstać bez odpowiednich ognisk w płucach.

V. Kol. Franke przedstawił następnie chorą **z wadą zastawki trójdzielnej.** Prelegent zwraca uwagę na częstość występowania niedomykalności tej zastawki jako wady, stale się utrzymującej w życiu pozapłodowem, która wbrew twierdzeniu wielu klinicystów może trwać dłuższy czas bez objawów niewyrównania, — względnie dadzą się objawy niewyrównania usunąć w zupełności odpowiednimi środkami, pomimo dalszego trwania wady. Podnosi następnie znaczenie **samoistnej czynności regulującej wątroby i naczyń obwodowych** dla wyrównania wad zastawki trójdzielnej. Wątroba i naczynia obwodowe odgrywają w wadach tej zastawki podobną rolę, jak komora prawa przy wadach zastawki dwudzielnej. (Praca przeznaczona do druku).

VI. Kol. Franke przedstawia wreszcie jako uzupełnienie przypadek, gdzie **tętnienie ujemne przedsionkowe wątroby** zdaje się przemawiać za zwężeniem ujścia żylnego prawego; lekki szmer przedskurczowy nad okolicą dolnej części mostka popiera to twierdzenie. Prelegent przypomina przypadki (niesekcyonowane) Volharda, w których za przyczynę ujemnego tętnienia wątroby przyjęto zrost osierdzia ze sercem.

Dyskusya: Kol. Pisek stwierdza, że wielkość wątroby nie pozwala w przedstawionym przypadku mówić właściwie o wyrównaniu. Zapytuje, czy przy badaniu serca stosowano perkusyę ortodyagnostyczną Goldscheidera, która, jak sądzi, mogłaby w podobnych przypadkach bardzo się przydać. Kol. Franke odpowiada, że metoda wspomniana mogłaby dać odpowiednie wyniki jedynie w zestawieniu z rentgenowaniem (dyaskopią), klinika zaś lekarska urządzenia rentgenowskiego nie posiada.

VII. Kol. O. Litwinowicz przedstawia sposób **badania przełyku wziernikiem** na chorym, dotkniętym niedowładem przełyku. Badanego układa na wznak, z głową zwieszoną. Źródłem światła jest lampka czołowa Kirsteina o napięciu 10 Volt. Przewodnikiem światła prosty tubus walcowaty o średnicy 13 mm., długości 45 cm. Mandryn, którym jest giętki zgłębnik przełykowy, usuwa, gdy tubus przejdzie poza okolicę chrząstki pierścieniowej — dalsze zaś wsuwanie wziernika odbywa się pod kontrolą wzroku.

W dyskusyi zabiera głos kol. R. dw. prof. Rydygier, kol. Stachiewicz i kol. doc. Renckі, który podnosi znaczenie badania przełyku wziernikiem i nawołuje do częstszego stosowania tego sposobu badania. Gdy chodzi o rozpoznanie przyrody zwężenia, owrzodzeń (*oesophagitis, oesophagomalacia*), wziernik nietylko ułatwia rozpoznanie, ale umożliwia właściwe leczenie. Sekretarz doroczny: *W. Ziembicki.*

### Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

#### IV. Posiedzenie naukowe dnia 12 października 1905 r. w szpitalu powszechnym.

I. Kol. Fechter przedstawia chorych ze szpitala: *a*) **złamanie śródstawowe** kości ramiennej w stawie barkowym niepowikłane; *b*) **złamanie śródstawowe** kości ramiennej w stawie barkowym powikłane (odprowadzenie odłamków z wypiłowaniem, szew kostny); *c*) **złamanie** kości ramiennej w środku, niepowikłane z przesunięciem odłamków (opatrunek gipsowy szynowy

po odprowadzeniu odłamków z przeciwciągiem na przedramieniu tuż poniżej stawu łokciowego); *d)* 2 chorych, u których z powodu rakowego zwężenia odźwiernika wykonano sztuczne połączenie żołądka z jelitem zaokrężnicowe (**gastroenterostomia retrocolica m. Hacker**), przy pomocy uciskadła żołądkowo-jelitowego trójlistnego Hermana; *e)* chorą, u której z powodu rozległego próchnienia gruźliczego w stawie kolanowym z następowem chorobowem złamaniem uda wykonano rozległą **resekcyę stawu i kości** udowej powyżej złamania; skrócenie 8 cm.; *f)* chorą, u której **po poronieniu zbrodniczem** wystąpiła **posocznica.** Wyjęcie resztek jaja płodowego zgniłego tępą łyżką, przepłukanie macicy spirytusem 50%, rozczynem lyzolu, tamponowanie macicy gazą wyjałowioną. Do żyły pośrodkowej wstrzyknięto 20.00 rozczynu 1% kollargolu. Co dzień przepłukiwanie jamy macicy lyzolem i tamponowanie gazą wyjałowioną, napojoną rozczynem 1% kollargolu. Wyleczenie; *g)* chorą **z ropnicą po porodzie;** *h)* chorego **z ropnicą po** przecięciu **ropnia migdałka;** *i)* chorą 26 l. **z nowotworem** złośliwym **sutka** prawego i **niedowładem kończyn** dolnych po ostatnim porodzie przed 3 miesiącami. Po zabiegu operacyjnym doszczętnym objawy niedowładu zwolna, ale stale ustępują; *k)* chorego z **przepukliną pachwinową** lewą (10 lat); moczociek; zabieg chirurgiczny doszczętny; zawartość przepukliny: 2 worki, jelito, sieć przyrośnięta do bramy przepuklinowej, jelita i tylnej ściany pęcherza i ciągnąca go na dół; uwolnienie zrostów; wyleczenie; *l)* preparaty anatomo-patologiczne: **treść przepuklin uwięźniętych** u kobiet: 1) przy przepuklinie udowej prawej wyrostek robaczkowy zgorzelinowy, 2) przy przepuklinie pachwinowej obustronnej: trąbki i jajniki, 3) przy przepuklinie pachwinowej prawej macica ciężarna.

II. Kol. Fechter: **O własności leczniczej i rozpoznawczej nakłucia lędźwiowego w chorobach mózgu i rdzenia,** wraz ze sprawozdaniem z 10 przypadków nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, leczonych w szpitalu.

III. Kol. Czyżewicz: **O epidemii nagminnego zapalenia opon** mózgowych w roku 1905 w powiecie jarosławskim

IV. Kol. Fechter: **O upustach krwi w lecznictwie.**

V. Wreszcie powzięto następującą uchwałę:

*a)* Z uwagi, że korporacyjna kasa zapomogowa w Jarosławiu ma charakter kasy dla majstrów, albowiem w myśl statutu należą do niej przeważnie majstrowie, kupcy i t. p., i mają prawo nietylko do bezpłatnego leczenia, ale i do stałych zapomóg, a więc ma na celu przez wyzysk lekarzy zabezpieczyć tanią pomoc lekarską osobom, nawet dobrze materyalnie sytuowanym, zgromadzeni członkowie sekcyi uważają dalsze przyjmowanie posady lekarza w tem stowarzyszeniu za szkodliwe i uchybiające stanowi lekarskiemu.

*b)* Uchwała ta ma być doręczoną wszystkim członkom sekcyi i ogłoszoną w dziennikach lekarskich z tem nadmienieniem, że przyjęcie posady we wspomnianej kasie, tak przez lekarzy miejscowych, jak i obcych, będzie uważane za złamanie solidarności i uchybienie etyce lekarskiej.

*c)* Celem poparcia wymienionych uchwal ma być odpis ich przesłany obydwom Izbom lekarskim w kraju.

### V. Posiedzenie naukowe dnia 17 listopada 1905 r. w szpitalu powszechnym.

I. Kol. Czyżewicz: **Cholera azyatycka** (odczyt oparty częściowo na własnych spostrzeżeniach z roku 1873, 1893, 1894) część I.

II. Kol. Fechter przedstawia chorych: *a)* ze **złamaniem powikłanem goleni,** leczonem przez partacza przez 8 miesięcy: przetoki, wydzielina cuchnąca, sztywność w stawie skokowym, kopytonóg, (wyjęcie martwaków; — wyprostowanie ułożeniem); *b)* chorego, który przechodził w przeciągu 3 lat 4 razy kolkę **wyrostka robaczkowego**. Leczony zachowawczo, wyzdrowiał, czuł jednak zawsze dolegliwości. Na zabieg na zimno nie zgodził się; w 36 godzin po piątym napadzie, przewieziony do szpitala, zgodził się. Otwarcie jamy brzusznej cięciem Sonnenburga: bębnica, *ileus paralyticus*, 3 ropnie otorbione: 1) ku wątrobie, 2) ku jelitom, 3) w jamie Douglasa. Tamponowanie po odjęciu wyrostka robaczkowego. W 2 tygodnie bębnica i *ileus paralyticus* ustąpiły, poprawa całkowita stanu ogólnego, przetoka kałowa; *c)* chorego **na zapalenie nagminne opon** mózgowo-rdzeniowych (sztywność karku, przeczulica, opryszczki na wargach, porażenie mowy i prawej strony ciała); po dwukrotnem nakłuciu lędźwiowem (płyn mętnawy opalizujący w ilości 100—150 gramów) wybitne polepszenie.

III. Kol. Fechter przedstawia preparaty anatomo-patologiczne: *a)* **tłuszczak** (5 kg wagi) u kobiety 70-letniej, osadzony na szypule na grzebieniu łopatki prawej; *b)* **włókniak** wielkości głowy noworodka donoszonego, osadzony na szypule na wardze sromnej większej prawej; *c)* nowotwór złośliwy części pochwowej macicy, wikłający ciążę; chora, przyjechawszy do szpitala w 8 dni po wystąpieniu bolów porodowych w stanie gorączkowym i z objawami pęknięcia macicy, w godzinę sama urodziła; na zabieg doszczętny, jedynie w tym przypadku wskazany, to jest wyjęcie macicy przez pochwę, mąż nie pozwolił; chora zmarła po 36 godzinach na posocznicę.

### VI. Posiedzenie naukowe dnia 18 grudnia 1905 r. w szpitalu powszechnym.

I. Kol. Czyżewicz: **Cholera azyatycka,** część II (objawy, leczenie, środki zapobiegawcze, odkażanie).

II. Kol. Fechter przedstawia chorych.

*a)* chorego ze zapaleniem wyrostka robaczkowego, u którego **przetokę kałową** wygoiło wycięcie ścienne jelita (*resectio partialis*); *b)* 2 chore **z wrzodami goleni** o brzegach modzelowatych, trwającymi od 10 lat; u jednej chorej wyskrobanie wrzodu, obkrojenie wrzodu, podwiązanie żyły (*resectio in continuitate)*, idącej do wrzodu; u drugiej wycięcie wrzodu, plastyka sposobem Krausego i Thierscha, wyleczenie); *c)* chorą z ubytkiem skrzydła nosa (rak), pokrytym **plastyką** z policzka; *d)* chorego ze **zwichnięciem** urazowem główki **kości promieniowej** i niedowładem kończyny; wypiłowanie główki po bezskutecznych próbach bezkrwawego odprowadzenia, wyleczenie; *e)* dziecko 8-miesięczne **z wodogłowiem zewnętrznem** (*hydrocephalus intermeningealis*); nakłucie lędźwiowe ujemne; na tyłogłowiu nakłucie kilkakrotne z wypuszczeniem 150—300 gramów płynu, polepszenie; *f)* chorą z gruźlicą skóry palców, stopy, podudzia i uda z następową **słoniowaciną** (*elephantiasis*), wyleczoną wyskrobaniem ognisk chorobowych ostrą łyżką, przypaleniem żegadłem Paquelina; opatrunki suche, t. j. bez maści; jodoform, nastój jodowy, rozczyn 2% nadmanganianu potasu przy użyciu przekrwienia zastoinowego Biera. *Sekretarz:* Dr. Tadeusz Fechter.

## Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

**Lekarze gminni w Austryi Dolnej,** którzy już siódmy tydzień walczą przez t. zw. bierny opór, zdecydowani są podobno istotnie w dniu 1 kwietnia wypowiedzieć swe miejsca, jeżeli do tego czasu nie otrzymają zapewnienia, że na najbliższej sesyi sejmowej wniesiona zostanie nowa krajowa ustawa sanitarna, uwzględniająca ich żądania. Według dzienników być może, że namiestnik podejmie się roli pośrednika między wydziałem krajowym a lekarzami. Komitet lekarzy gminnych otrzymuje znaczne zasiłki pieniężne od kolegów nietylko z Austryi, ale i z zagranicy. Przed paru dniami n. p. uchwalił ogólno-niemiecki związek lekarski w Lipsku subwencyę 20,000 marek dla walczących lekarzy gminnych w Austryi Dolnej. Wobec tego poparcia materyalnego mogą podobno lekarze gminni jeszcze dłuższy czas wytrwać w walce. *K.*

**Państwowy zakład wyrobu surowic** w Wiedniu ogłasza w »Österr. Sanitätswesen« (1906, Nr. 9), że wyrabianej przez niego wysokowartościowej surowicy przeciwbłoniczej (powyżej 300 J. U.) zabrakło tylko chwilowo i że od końca lutego wydaje nanowo tę surowicę. Surowicę tę zalecano w przypuszczeniu, że zawierając mniej ciał białkowatych, wywołujących skutki uboczne, będzie ona rzadziej od zwykłej przyczyną posurowiczych osutek i t. d., okazało się jednak, że pod tym względem spodziewano się zbyt wiele, bo osoby usposobione dostają już po 2 cm.³ surowicy osutki. Uzyskanie wysokowartościowej surowicy nie zależy od sposobu postępowania, lecz tylko od osobniczych właściwości konia, z którego bierze się surowicę; stąd z różnych koni bywa surowica różnej siły, nadto taka surowica traci nieraz już rychło znacznie na sile; zbiegiem tych okoliczności tłomaczy się chwilowy brak wysokowartościowej surowicy naturalnej, jaką wyrabia zakład wiedeński, nie posługujący się używanem gdzieniegdzie zagęszczeniem surowicy przez odparowywanie, jako chybiającem celu.

**Dekrinin dr. Hübnera,** środek usuwający włosy, wyrabiany przez aptekę Gaussa w Fuldzie, został w Austryi zakazany, ponieważ zawiera siarczek barowy. (Rozp. Namiest. z 3/III 1906, L. 27,619).

## Wiadomości bieżące.

*Kraków, dnia 15 marca 1906.*

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło posiedzenie w d. 14 marca, na którem 1) prof. Ciechanowski przedstawił okazy anatomiczne z przypadku raka płuca, przedstawionego przez dr. Latkowskiego w d. 28/II; 2) prof. Rosner przedstawił chorą, u której wykonał pubiotomię przed 3 tygodniami i chorą z rozluźnieniem stawów miednicy po porodzie kleszczowym; 3) doc. Krzyształowicz wyłożył rzecz: »Stosunek rozwoju krętka bladego do okresów kiły«. W dyskusyi przemawiali dr. Borzęcki, Gertler, Latkowski, Reiss, Rydel.

— Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło dnia 9 marca b. r. nadzwyczajne posiedzenie naukowe, na którem 1) dr. Bocheński przedstawił chorą, u której wyciął włókniak miękki (*molluscum fibrosum*) wielkości małej pomarańczy z przedniej ściany pochwy. Za włókniakiem tym leżały 3 krążki, wprowadzone przez lekarzy. W dyskusyi przemawiał dr. Skałkowski. 2) Prof. Mars przedstawił dwie położnice po pubiotomii i omówił tę operacyę. W dyskusyi przemawiał dr. Czyżewicz jun. 3) Prof. Mars przedstawił kobietę, cierpiącą na zmiękknienie kości, która przyszła na klinikę w trzecim miesiącu ciąży z rozstępem spojenia łonowego, wynoszącym 6½ cm. Obecnie po dłuższem zażywaniu fosforu chora chodzi; rozstęp spojenia nie jest następstwem zmiękknienia kości, lecz wrodzonym, za czem przemawia kształt kości miednicy i istnienie górnego i dolnego więzadła spojenia Dr. Jedlicka okazał obraz roentgenowski tej miednicy. Prof. Bylicki uważał przypadek również za wrodzoną miednicę szczelinową (Spaltbecken). *Fels.*

— Lwowskie Towarzystwo higieniczne uchwaliło na walnem zebraniu w dniu 11 b. m. utworzyć w swem łonie sekcyę higieny szkolnej, wybrało prezesem dr. Ferdynanda Obtułowicza, a ustępującego prezesa rektora dr. Szpilmana zamianowało członkiem honorowym.

— W czasie od 4 do 10 marca 1906 doniesiono w Galicyi o nowych przypadkach ospy: w 7 gminach 20 chorych. a mianowicie w powiatach: Chrzanów (Chrzanów 7, Luszowice 2, Trzebinia wieś 7, Trzebinia m. 1, Trzebinka 1, Jaworzno 1), Brody (Brody 1); duru osutkowego: w 18 gminach 124 chorych: Brzeżany (Brzeżany 1), Buczacz (Dobropole 2), Cieszanów (Opoka 7), Horodenka (Żuków 6), Jarosław (Dąbrowica 4), Jaworów (Bonów 1, Wulka żmijow. 2, Żmijowiska 1), Nadwórna (Nadwórna 1), Rawa (Rawa 1, Rzeczyca 1), Stary Sambor (Grodowice 2, Laszki mur. 1), Tarnopol (Chodaczków 15), Tłumacz (Bohorodyczyn 1, Bortniki 73), Zaleszczyki (Zaleszczyki st. 3), Zborów (Jezierna 2); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych: przybyło w 20 gminach 45 chorych, z tego w m. Lwowie 2 przypadki stwierdzone bakteryologicznie, w m. Jaśle 9, w m. Pilźnie 7, w Markowej pow. przeworskiego 5.

— Stosunki zdrowotne Lwowa zmierzają według sprawozdania dr. Piska, przedłożonego na zasadzie sprawozdania fizykatu 8/II lwowskiej radzie miejskiej, a ogłoszonego w »Głosie lek.« Nr. 5, statecznie ku lepszemu. Świadczy o tem najwyraźniej zmniejszanie się śmiertelności ogólnej (w r. 1905 24·4 ‰ mieszkańców); z innych miast galicyjskich mniejszą śmiertelność ma mieć tylko Tarnopol. (Należy jednak nadmienić, że kilka miast galicyjskich zaprotestowało w dziennikach przeciw twierdzeniu dr. Piska, jakoby miało większą od Lwowa śmiertelność, powołując się na statystykę lat ostatnich). Natomiast ciągle wzrasta we Lwowie śmiertelność z gruźlicy (w roku 1895 — 22·4 prc. zmarłych, w r. 1905 — 26·3 prc., w Krakowie tylko 24·6 prc. w Wiedniu 22·4 prc.). By ją zwalczyć, radzi dr. Pisek podjąć szeroką działalność celem poprawy mieszkań, obniżenia cen żywności, a przez to polepszenia żywienia się ludności, dalej urządzić ambulatorya przeciwgruźlicze i szerzyć zasady higieny, przedewszystkiem zapomocą szkół. Stosunki zdrowotne w szkołach lwowskich nie są jeszcze zupełnie uregulowane (11,296 uczniów pomieszczonych było w dobrych 238 salach, a 4,100 w 76 nieodpowiednich salach; nowsze budynki są doskonałe, ale w niektórych starszych są rażące braki). Nauczycielstwo lwowskie zasłużyło się bardzo, zbadawszy w r. 1905 warunki życia dziatwy szkolnej (o czem już wspominaliśmy w Nr. 2. str. 26 »Przegl.«). Funkcye lekarzy szkolnych pełnili lekarze miejscy z wynikiem pomimo nadmiaru pracy bardzo dobrym. Natomiast policya targowa, z wyjątkiem wzorowo wykonywanej kontroli mięsa, wymaga wielu ulepszeń. Lwów ciągle jeszcze co do fałszowania przetworów spożywczych dorównywa naprawdę miastom wielkim; zaradzić złemu może tylko stworzenie centralnych hal targowych, gdzie nadzór jest łatwiejszy i dokładniejszy. Zapobieganie i zwalczanie chorób nagminnych jest wzorowe (śmiertelność 4·5 prc. wszystkich zmarłych wobec 7·3 – 7·8 prc. przed laty pięciu). Fizykat lwowski działa tu energicznie i umiejętnie (kształcenie służby dezynfekcyjnej), a miasto uchwaliło świeżo wykonywać odkażanie zawsze bezpłatnie. Brak jednak dotąd osobnego szpitala dla chorób zakaźnych; nadto areszta miejskie są tak złe, że często stają się źródłem zarazy. Brak dobrych mieszkań dla ludności uboższej, brak planu regulacyjnego i przez to szkodliwe zabudowywanie przestrzeni wolnych, czego nie zrównoważą parki na obwodzie miasta, brak nowoczesnej kanalizacyi całego miasta, zapylenie miasta przez brak twardych bruków, oto sprawy, czekające we Lwowie załatwienia.

— Lekarze zakopiańscy podjęli starania, by w Zakopanem stanął jak najrychlej dom izolacyjny i wybrali w tym celu grono, złożone z dr. Chwistka, Dłuskiego, Gawlika, Janiszewskiego i Majewicza, które ma przedstawić sprawę namiestnikowi i marszałkowi sejmu galicyjskiego.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich otrzymał w Krakowie p. Bronisław Koszutski.

— Surowicę przeciwczerwonkową wydawać będzie państwowy zakład surowic w Wiedniu (po cenie 3 koron za flaszeczkę), a to na zasadzie pomyślnych prób, przeprowadzonych z tą surowicą w latach 1904 i 1905 w krakowskim szpitalu wojskowym przez dr. Schuldera, dalej przez dr. Karlińskiego w Cajnicy, prof. Rosculetza w Jassach i na klinice prof. Eschericha w Wiedniu. Surowica ta działa tylko w czerwonkach, wywołanych przez prątki Shiga-Kruse; wstrzykuje się (wśród najściślejszej antyseptyki) 20 cm³. pod skórę brzucha, a gdyby w ciągu doby potem obraz choroby znacznie się na lepsze nie zmienił, ponownie 20 cm³. Flaszeczkę raz otwartą trzeba zaraz zużyć i zachowywać już nie można, bo surowica nie zawiera żadnych dodatków przeciwgnilnych. Zapobiegawczo wstrzykuje się 5 cm³., wywołując odporność na 14—20 dni. Do każdej flaszeczki dodany jest kwestyonaryusz, który po wypełnieniu odesłać należy do zakładu (wolny od opłaty pocztowej). (»Oesterr. Sanitätswesen« 1906, Nr. 9).

— W szpitalu krajowym w Sarajewie, w którym pracuje kilku wybitnych lekarzy Polaków, wakuje posada prymaryusza. Szczegóły w inseratach

— Nagrodę im. Moczutkowskiego przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie dr. St. Kopczyńskiemu za pracę p. t.: »Badania doświadczalne nad anatomią i fizyologią tylnych korzeni nerwów rdzeniowych«.

— Wyszedł z druku zeszyt X, XI i XII »Biblioteki lekarskiej«, wydawanej przez Dr. Józefa Zawadzkiego, zawierający dokończenie podręcznika chorób skóry Jessnera i nauki o chorobach mowy Oltuszewskiego. Wydawnictwo »Biblioteki« objęło dotąd 7 dzieł lekarskich w 12 tomach (320 arkuszy), mianowicie oprócz obu wymienionych następujące podręczniki: Dieulafoy »Choroby wewnętrzne«, Landerer »Dyagnostyka chirurgiczna«, Runge »Położnictwo«, Moraczewski »Badania chemiczno-kliniczne«, Comby »Choroby dzieci«. Redakcya zawiadamia, że dalsze losy wydawnictwa zależeć będą od poparcia kolegów, które w ostatnim roku znacznie osłabło. Zwinięcie pożytecznego tego wydawnictwa, pierwszego, które od czasu zwinięcia »Biblioteki lekarskiej« podjęło w Warszawie myśl systematycznego ogłaszania podręczników w języku polskim, byłoby rzeczywistą szkodą

— W miejscowości Bolwa w gub. witebskiej wakuje posada lekarza. Stały dochód 1,000 rb. rocznie, wolne mieszkanie z opałem, ogrodem i t. d. Konieczna znajomość języka łotewskiego. Wiadomości udziela aptekarz Ławrynowicz (adres: Bołowsk przez stacyę Pytałowo dr. ż. warszawsko-wiedeńskiej). — W lecznicy Towarzystwa sosnowickiego wakuje posada lekarza z płacą 85 rb. miesięcznie, mieszkaniem, opałem i światłem. Wiadomości udziela redakcya »Gazety lekarskiej« w Warszawie.

— W Berlinie odbyło się uroczyste otwarcie nowozbudowanego kosztem 675,000 marek instytutu im. cesarzowej Fryderyki, przeznaczonego na uzupełniające studya lekarskie (»Ärztliches Fortbildungswesen«), a mieszczącego odpowiednie zbiory i pracownie. Przy otwarciu przemawiał niespodziewanie także cesarz Wilhelm. Utrzymanie zakładu wymagać będzie rocznie 40,000 marek.

— XV doroczny zjazd niemieckiego Towarzystwa otologicznego odbędzie się w Wiedniu 1 i 2 czerwca b. r.

— Kierownictwo znanych zakładów Lahmanna pod Dreznem objął prof. Düring, dyrektor kliniki dermatologicznej z Kielu.

— Holandya i Belgia zawarły układ, aby pograniczne władze sanitarne obu państw donosiły sobie wzajemnie o chorobach zakaźnych w pasie nadgranicznym (obecnie n. p. także o szerzeniu się zapalenia opon mózgowordzeniowych). Rzecz godna naśladowania. Możeby w tym względzie inicyatywa powołanych czynników i w naszym kraju, stanowiącym we wszystkich trzech państwach podziałowych takie pogranicze, odniosła jaki skutek.

**Mianowani:** Dr. Harwey Littlejohn profesorem medycyny sądowej w Edymburgu; dr. Livierato profesorem patologii wewn. w Genui; dr. Pollosson profesorem ginekologii w Lyonie; dr. Haushalter profesorem pedyatryi w Nancy; docenci: fizyolog dr. Noll, patolog dr. Grober, psychiatrya dr. Berger, profesorami nadzwycz. w Jenie; prof. Pfaundler z Gracu dyrektorem kliniki pedyatrycznej w Monachium; dr. Ceconi profesorem patologii lekarskiej w Turynie.

**Powołani:** Fizyolog prof. Tschermak z Halle do akademii weterynarskiej w Wiedniu; otyatra prof. Hinsberg z Wrocławia do akademii medycyny praktycznej w Kolonii.

**Zmarli:** Dr. Collin, prezydent akademii lekarskiej w Paryżu; anatom-patolog prof. Krylow w Charkowie; chirurg prof. Fowler w N. Yorku; oftalmolog prof. Rogmann w Gandawie.

Dr. Seweryn Schmidt, lekarz okręgowy w Wielkich Oczach, padł ofiarą zawodu; zmarł z duru osutkowego 10 b. m.

**Bibliografia:**

— *Gazeta lekarska* Nr. 9. Węgłowski: Operacya doszczętna przepuklin pachwinowych na podstawie rozwoju i budowy okolicy pachwinowej. Żebrowski (dok. z Nr. 8).

— *Medycyna* Nr. 10. Saks: I. Przypadek cięcia cesarskiego z powodu wskazania bezwzględnego. II. Przypadek oderwania sklepień pochwowych podczas porodu, poraz drugi zdarzający się u jednej i tej samej osoby.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 10. Starzewski: O zakażeniu ciążowem. Bylicki (dok. z Nr. 9).

— *Časopis lékařův českých* Nr. 9. Vymola i Kutvirt: O léčbě kyslikem při chorobach ušních. Radl: Hans Driesch. Rejthárek: O koupelích ve věku dětském. — Nr. 10. Růžička: Kritické poznámky k otázce membrány a vnitřní skladby erythrocytů ssavčích. Rudiš-Jičinský: Studie nemocí, poranění a degenerativnich pochodů a stavu mozku paprsky Roentgenovými. Vymola i Kutvirt (c. d. z Nr. 9). Kimla. Syfilis experimentálna.

— *Russkij Wracz* Nr. 6. Orłowski W.. Chlorek barowy, jako środek sercowy. Gieorgiewskij: Dwa przypadki szerokiego połączenia pomiędzy tętnicą promieniową a pośrodkową. Ziwert: W sprawie znaczenia określenia prawej granicy żołądka przy osłabieniu jego czynności wydalniczej. Popow: W sprawie gromadzenia się cieczy mleczystej w jamie brzusznej i piersiowej. Konik: Przyczynek do kazuistyki operacyi Talmy. Moskalew: Zabójstwo czy samobójstwo? Badania doświadczalne.

— *Semaine médicale* Nr. 10. Cheinisse: O rzekomem nagminnem pojawianiu się zapalenia wyrostka robaczkowego. Minervini: „Trzy punkta tętniące tętnicy promieniowej“ w stwardnieniu tętnic.

— *Presse médicale* Nr. 18. Iscovesco: Koloidy; ich znaczenie biologiczne. Martinet: Podawanie mleka kwaśnego w nowotworach żołądka i trzustki. — Nr. 18. Reclus: Leczenie zmiażdżenia palców. Landouzy: Pył a gruźlica. Jacobson: O barwnym odczynie kwasów tłuszczowych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 10. Gersuny: Operacye przy porażeniach ruchowych. Buberl: O leczeniu gorączki połogowej kollargolem. Baer: O leczeniu gruźlicy krtani światłem słonecznem. Flinker: Zniekształtnienie połowy klatki piersiowej i kończyny górnej po tej samej stronie.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 10. Goldscheider: Leczenie według przyrody. Zettnow: Witki u krętków kurzych i duru powrotnego. Kromayer: Lampy rtęciowowodne do leczenia skóry i błon śluzowych. Frankenstein: Kolizya bliźniąt przy porodzie. Leuwer: Nowy przyrząd ssący do nosa. Weil: Badania działania agresywnych cieczy paciorkowca. Illyés: Przypadek samoistnego krwotoku nerkowego. Schädel: Prawidła zachowywania się przy ostrym wiewiórze.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 11. Kirchner: O klimacie zimowym i niektórych higienicznych urządzeniach w Egipcie. Manteufel: Badania autotoksyn i ich znaczenia, jako przyczyny zahamowania wzrostu hodowli bakteryi. Hilgenreiner: W sprawie pachwinowej przepukliny macicy. Heryng: O nowych sposobach i przyrządach inhalacyjnych. Steiner: W sprawie zewnętrznego leczenia chorób skórnych. Marmorek: W sprawie jadowitości prątków gruźliczych. Laqueur: Zastosowanie fizycznych metod w leczeniu ostrego gośćca stawowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 10. Mangold: Teorya nerwowa i mięśniowa uderzenia serca. Lichtenstein: Woda jako przeszkoda w zdjęciach rentgenowskich. Riegler: Nowsze odczyny kwasu acetooctowego. Hoffmann: Promienica krtani i mięśnia mostkowoobojczykowosutkowego. Kümmel: W sprawie gruźliczych zmian przełyku. Doerfler: Dalszy przypadek pubiotomii. Dörner: Śniadanie czy obiad próbny. Quosig: W sprawie tężyczki pochodzenia jelitowego. Schütz, Berghaus, Altschüller, Conradi, Kreuzfuchs (artykuły polemiczne). Oppenheimer: O utworzeniu miejsc porady dla matek osesków w Monachium.

Redaktor odpowiedzialny:
**Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.**

**Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego** odbędzie się we środę 21 marca 1906 o godzinie 6 wieczór w **Klinice lekarskiej.** Porządek dzienny: O krwotokach utajonych (z demonstracyami). Kol. prof. Jaworski i kol. Korolewicz. — Zmiana w postaci podawania niektórych leków. Demonstracya przypadku chorobowego. Kol. prof. Jaworski. — Demonstracya przypadków chorobowych. Demonstracya preparatów z przypadku akromegalii. Nowsze próby na aceton i kwas acetooctowy. Kol. Latkowski. — Skutki działania adrenaliny, przedstawione na preparatach. Leczenie surowicą w zapaleniu płuc. Nowa postać leku przeciwtasiemcowego. Demonstracya przypadku chorobowego. Kol. Męsowicz. — O najskuteczniejszych lekach przeciwpotnych na podstawie obserwacyi klinicznych. Kol. Szurek. — Rzadka postać krystaliczna w moczu (demonstracya). Kol. Łapiński.

L. 3.130.

## KONKURS.

Wydział powiatowy w Nadwornie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Delatynie.

Do tego okręgu należą gminy: Delatyn, Dora, Łojowa, Łuh, Osław czarny, Osław biały, Potok czarny i Zarzecze, płaca wynosi rocznie 1.000 kor., ryczałt na objazdy 600 kor.

Posada nadaną zostanie prowizorycznie, zaś stale po jednorocznej zadawalniającej służbie.

Kompetenci mają się wykazać:

1) Obywatelstwem austryackiem;
2) Dyplomem doktora medycyny;
3) Znajomością obu języków krajowych t. j. polskiego i ruskiego w słowie i piśmie;
4) Najmniej dwuletnią praktyką lekarską;
5) Fizyczną zdolnością.

Obowiązki lekarzy okręgowych określają instrukcye z 31 grudnia 1891 Nr. 83 dz. u. kr. i 12 czerwca 1897 Nr. 36 dz. u. kr.

Podania należycie udokumentowane mają być wniesione do Wydziału powiatowego do końca marca 1906 r.

Nadworna 23 lutego 1906. 115

Prezes.